Nr. 25. 18 czerwca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Browicz. Kraków.

W sprawie rakowacenia tkanek.

Mnożące się wiadomości o eksperymentalnem wywoływaniu raka u pracownianych zwierząt, jak myszy, szczury, króliki, działaniem smoły pogazowej nasuwają mimowoli pytanie, czy i o ile te eksperymenta mogłyby rozjaśniać właściwą, istotną podstawę rakowacenia tkanek.

Począwszy od komórek płciowych, rozrodczych, komórek płodu, organizmu wzrastającego aż do komórek organizmu dorosłego, a nawet aż do komórek organizmu starczego, w nim jednak odnosi się to nie do komórek wszystkich tkanek, tkwi w komórkach, z wyjątkiem komórek zwojowych, nerwowych, nieodnownych, energja twórcza, zdolność mnożenia się, która jednak wywoływana, ujawniana być musi pewnemi podnietami, bodźcami, czynnikami czy to zewnetrznymi czy wewnętrznemi.

Z mnożeniem się komórek, twórczością komórkową, spotykamy się w organizmie niemal na każdym kroku, w toku różnorodnych spraw fizjo-patologicznych, a więc, co się samo przez się rozumie, pod wpływem czynników różnorodnych działających na komórki.

Jako przykłady przytoczyć można powstawanie tkanek, a więc komórek, w toku spraw fizjologicznych, jak rozrost części płciowych w okresie dojrzewania, zmiany tętnicy macicznej pomiesiączkowe, pociążowe, rozrost w czasie ciąży macicy, sutka i rozrost ciążowy jednej z odmian komórek części gruczołowej przysadki mózgowej (Gliński), w toku sprawy fizjologicznej, jak zarastanie naczyń pępkowych, przewodu tętniczego płodowego, moczownika, części wyłączonych z czynności, zbędnych w życiu popłodowem, napotykane u każdego człowieka, w toku sztucznego hodowania tkanek, a co najważniejsze, tworzenie się różnorodnych organizmów, zazwyczaj wprawdzie tylko do pewnego okresu rozwoju bez kojarzenia się komórek rozpłodczych, bez stopu komórek (*amphimixis*) z komórki jajowej pobudzanej do dzielenia, mnożenia się, różnemi wpływami fizyko-chemicznemi, zjawiska doświadczalnego, sztucznego dzieworództwa, niemniej powstawanie tkanek chorobnych.

Jakie zmiany, czy stany, powstają w komórce pobudzonej, w której tkwi energja twórcza, bo w razie jej braku nie nada jej żaden jakikolwiekbądź czynnik, na czem polega przemiana energji napiętej (potencjalnej) na energję czynną (kinetyczną), tj. dzielenie się komórki pod wpływem czynników różnorakich chemicznych, fizycznych, mikrobowych, pasorzytnych, wśród tak różnorakich warunków, w jakich się komórki znajdują, nie wiemy.

Czy na to wpływa i wystarcza wyzwolenie komórek z pęt, jakie im nakłada związek tkankowy albo przegrupowanie cząstek miąższu komórki, na co wskazywałby także obraz nitkowego podziału (mitosis) jądra komórki, albo przybytek lub wyłączenie pewnych cząsteczek, czy substancyj z miąższu komórki, zmiany przyrody chemicznej w miąższu komórki?

Bardzo a bardzo niedostateczna znajomość komórki niejasnym czyni sposób działania tych różnorakich wpływów, pobudzających tkwiącą w komórce, jako stan wrodzony, konstytucjonalny, energję twórczą.

Szczegół, że spotykamy się z pobudzaniem energji twórczej tak często i w tak różnych fizjo-patologicznych warunkach, w toku tak różnorodnych spraw chorobnych, w tak różnorodnych i co do struktury i co do funkcji komórek różnych narządach o komórkach swoistych, świadczy, że podnieta twórcza nie jest jednościowa.

Mnożność komórek, z jaką się w tak różnych warunkach fizjo-patologicznych spotykamy, jest jednakże ograniczona, ustaje, dosięgłszy pewnego stopnia, ale nie gaśnie, o czem świadczy ciągła odnowność komórek w organizmie prawidłowym, gdyż długość życia komórek nie schodzi się z długością życia organizmu, jakoteż rozwój zmian chorobnych, różnych nowotworów a i rakowacenie przeważnie w organizmie starszym.

Komórki w normalnem ugrupowaniu i związku nie mogą nieograniczenie bujać wskutek wpływu tamującego, który sąsiednie elementa tkankowe nawzajem na siebie wywierają.

W tworach, które obejmujemy mianem nowotworów, przekracza energja twórcza miarę zwykłą, niejako codzienną, a w niektórych z tych tworów, jak przedewszystkiem w rakach, mięsakach, bywa ona niemal niewyczerpana i w ognisku pierwotnem i w ogniskach przerzutowych, a w tych niekiedy nawet o wiele znaczniejsza, aniżeli w ogniskach pierwotnych.

Twory, które obejmujemy mianem nowotworów, a przedewszystkiem raki, mięsaki, różnią się nadto budową, składem, wzrostnością, przerzutnością, wpływem na organizm, znaczeniem, od tkanek chorobnie zmienionych, z jakiemi się tak często spotykamy.

Komórki raka ruchliwe, pełzakowate, okazują wpływ niszczący, naturalnie chemiczny, na tkankę, wśród której rak się rozwija. Komórki raka wtargające w naczynia krwionośne i limfatyczne, przeniesione w obręb innej, nawet odległej od pierwotnego ogniska tkanki, nie marnieją, rozwijają, mnożą się, skoro nie są zwyrodniałe, czy zmartwiałe, i skoro warunki bytu komórki korzystne, okazują jakby pewien zmysł organizacyjny, bo w miejscu ugrzęźnienia przeszczepionej komórki rakowej tworzy się tkanka o pewnem stałem grupowaniu się rozmnażających się komórek nabłonkowych, zrakowaciałych, w stosunku do siebie samych, jakoteż do rozmnażających się naczyń i tkanki łącznej danej miejscowości, komórka rakowa kieruje niejako organizacją tkanki rakowej w ognisku przerzutowem.

Komórka rakowa jest także podstawą zmian w przemianie materji w organizmie, jakie w toku raka spotykamy, jedna z podstaw marnienia organizmu rakowaciejącego, charłactwa rakowego.

Komórka mięsakowa, pochodząca od komórki łącznotkankowej, nie okazuje dążności, własności włóknotwórczej, jak komórki włókniejącej tkanki, ziarniny, lecz trwa w stanie młodocianym trwale. Mięsak rozrasta się, niszczy sąsiednią tkankę, przerzuca się, marni organizm, organizm charłaczeje.

Komórki raka, mięsaka, najgroźniejszych reprezentantów t. zw. nowotworów, wyróżniają się więc właściwościami obcemi mnożącym się komórkom organizmu, z czem się tak w fizjologicznych, jakoteż patologicznych pozarakowych i pozamięsakowych sprawach spotykamy, są to komórki przeinaczone, przeistoczone, nietylko przekształcone.

Podobnie jak w sprawach fizjo-patologicznych pozarakowych, pozamięsakowych, a względnie pozanowotworowych, różnorakie czynniki tworzą podnietę, pobudzającą energję twórczą jako jednę z ich wrodzonych, konstytucjonalnych, własności, podobnie i w powstawaniu raka, mięsaka, działają różnorodne podniety rako i mięsakotwórcze, o czem świadczą dawno znane w patologji fakta pojawiania się u człowieka raka parafiniarskiego, kominiarskiego, i poźniej już poznanego raka poanilinowego w pęcherzu moczowym u robotników w fabrykach farbierskich albo raka porentgenowego.

W wykładzie o raku, mianym w Tow. lek. krakowskiem w 1913 (nie wydrukowanym), wypowiedziałem pogląd, iż różnorodne wpływy, czynniki, mechaniczne, chemiczne, promieniste (aktyniczne), mikrobowych, pasorzytnych-

nie wyłączając, są w stanie przeistoczyć komórkę nabłonkową, wywołać zmianę biologiczną w komórce nabłonkowej, objawiającą się przedewszystkiem zmianą chemiczno-fizyczną, na razie tylko przypuszczaną, bo co do jej istoty dotąd niepoznaną, jakoteż stale spostrzeganą mnożnością, zmiany przenoszone na komórki rakowe potomne. Naturalnie pojmowałem wpływ pasorzytów w tem rozumieniu, że komórka pod wpływem chemicznym pasorzyta, przybierająca własności komórki rakowej tak, jak pod wpływem promieni rentgenowych, jest sama rozsadnikiem, materjałem rozrostowym, przerzutnym, przeszczepnym, a nie wchodzi tu w grę pasorzyt, jako taki, jak to się dzieje w chorobach pasorzytnych np. w zimnicy (przykład wprawdzie zmiany nie tkankotwórczej) w chorobach zakaźnych, mikrobowych np. w gruźlicy, w kile. Wszystko wskazuje, iż zmiana w komórce nabłonkowej powstała, nie zależy już więcej od dalszego działania tych różnorakich czynników, lecz jest trwałą, przechodzącą na potomne komórki rakowe.

Piśmiennictwo podaje także dodatnie wyniki działania pasorzytów zwierzęcych (np. obleńców), wprowadzonych do przewodu pokarmowego szczurów, które wywoływały powstawanie raka żołądka z przerzutami płucnemi, raki przeszczepne, raka popasorzytnego.

Znane są twory, powstające w przewodach żółciowych około ogniska pasorzyta (coccidium), jako wynik tworzenia się pod wpływem pasorzyta tkanki bądź co bądź skomplikowanej. Ściany tych tworów przestworowych, rozdętych przewodów żółciowych, wyścielone nabłonkiem wałeczkowym lub brukowym, tworzącym nawet zatoki nabłonkowe w otoczeniu, pokryte bywają wyroślami brodawkowatemi, rozkrzewiającemi się, onabłonkowanemi.

Dodatni wynik działania pasorzyta zwierzęcego, to jeden szczegół więcej, przemawiający za różnorodnością czynników rakotwórczych, a ważne takie stwierdzanie różnorakich czynników rakotwórczych nietylko ze względu naukowego dążenia do poznania istoty rzeczy, sprawy, ale i ze względu na zwalczanie raka, według niektórych danych statystycznych i głosów z różnych stron podobno częstszego teraz, aniżeli dawniej. Pojawianie się raków poanilinowych, porentgenowych, wywoływanie eksperymentalne raka posmałowego, popasorzytnego, jako wynik działania nowych czynników rakotwórczych, przemawia za różnorodnością większą czynników rakotwórczych, a wskutek tego za możliwością częstszego powstawania raka.

Nie tak dawno teorja pasorzytna przeważała w sprawie powstawania raka.

Twory różnokształtne i różniebarwliwe, napotykane w komórkach rakowych, uważano za owe rakotwórcze pasorzyty. Badania wykazały (Browicz, Steinhaus), iż twory napotykane w komórkach rakowych, a okazujące znaczną różnorodność kształtów i uważane za twory pasorzytne, mogą być wytworami komórek, wchłanianemi przez komórkę przeobrażanemi komórkami, biało lub czerwonokrwinkami. Podając wyniki badań innych badaczy przytoczyłem w wykładach mianych na IV i V Zjeździe chirurgów polskich w r. 1892 i 1893, jakoteż na XI Zjeździe w r. 1901 wyniki badań własnych i zwróciłem uwagę na to, że znajdowałem takie twory w różnych tkankach chorobnie zmienionych, etjologicznie wyjaśnionych a nie mających nic wspólnego z rakiem jak np. w twardzieli nosa, zmianach gruźliczych w węzłach limfatycznych, w zapaleniu włóknikowem płuc, w komórkach wątrobnych w żółtaczce. Twory takie w komórce wątrobnej, okazujące naturalne zabarwienie barwikiem żółci, powstają wskutek zatrzymania żółci w komórce wątroby i okazują podobieństwo do komórek jądrzastych, drożdży pączkujących, tworów warstwowych, pęcherzyków zawierających ziarna różnego kształtu i wielkości.

Nadmienić należy, iż pasorzyt zwierzęcy, wtargły w miąższ komórki, niszczy komórkę a nie tworzy podniety do działania energji twórczej (M. Siedlecki).

Nietylko rozchodzi się o wytłómaczenie wzniecanej niemal niewyczerpanej mnożności ale także o przeinaczenie biologiczne, jakie komórka rakowa okazuje, gdyż niekiedy już nierozległe ogniska raka wpływają na przemianę materji w organizmie rakowaciejącym, na podupadanie ogólnego stanu organizmu.

Do wytwarzania charłactwa rakowego przyczyniają się wprawdzie poza wpływem zrakowaciałych komórek w znacznej nawet mierze i inne szczegóły, wynikające tak z usadowienia raka, jakoteż ze zmian wstecznych, jakim tkanka raka ulega, mianowicie w późniejszym okresie rozwoju raka, ale wpływ ujemny na organizm komórek raka we wczesnym okresie rozwoju raka, gdy przytoczonych poniżej powikłań jeszcze niema albo zaledwie, niekiedy widoczny.

Usadawianie się raka np. w przewodzie pokarmowym w różnych jego odcinkach wpływa z powodu zwężeń, zmiany drożności, utrudniająco w różnym stopniu na odżywianie organizmu, wpływa na stan śluzówki i ściany jelita powyżej zwężenia z powodu rozkładu zatrzymywanej treści. Rozległość nacieku rakowego, obejmującego niekiedy np. cały żołądek, martwica tkanki rakowej mniej lub więcej rozległa, rozpad, wrzodnienie, substancje rozpadowe wtedy powstające, zamikrobienie tkanki rakowej, martwiejącej czy zmartwiałej, krwawienia powstające w toku wrzodnienia, wchłanianie tych różnorakich substancyj trutnych, do szczegóły w szeregu czynników wyniszczających, charłaczących organizm.

Jakkolwiek już powstawanie raka parafiniarskiego, kominiarskiego rzucało pewne światło na możebność rakowacenia nabłonka pod wpływem niejednościowym czynników zewnętrznych, stwierdzenie pojawiania się raków poanilinowych, porentgenowych jeszcze dobitniej wskazywało na nieistnienie swoistego rakotwórczego czynnika, a na różnorodność czynników rakotwórczych.

Działanie promieni rentgenowych ważną wskazówką, jak nawet jeden i ten sam czynnik działać może stosownie do energji i trwania działania, a mianowicie pobudzająco, potęgująco, niszcząco.

Promienie rentgenowe wzniecać mogą — ale, zdaniem mojem, tylko u pewnych indywiduów, w pewnych tylko organizmach, przy pewnym konstytucjonalizmie, działanie bowiem jakichkolwiekbądź bodźców zależy przecież także od jakości i pobudliwości dotyczących komórek, one a względnie organizm mają także głos — powstawanie raka skórnego, rozrastającego się, mogą potęgować mnożność istniejących już komórek rakowych, ale mogą także niszczyć, martwić tkankę rakową, zależnie od energji i trwania działania, mogą niszczyć tkankę rakową doszczętnie. Kazuistyka stwierdza takie różnorakie działanie promieni rentgenowych. Jeden i ten sam czynnik działać może chorobotwórczo i leczniczo.

W ostatniej dobie przedsiębrano ponowne próby wywoływania rakowacenia tkanek stosowaniem naskórnem smoły pogazowej u królików na małżowinie ucha, pomazywaniem smołą skóry grzbietu, wstrzykiwaniem smoły w sutek samic i uzyskiwano twory w postaci raka skórnego z przerzutami w węzłach limfatycznych i w płucach i nabłoniaka przewodów mlecznych sutka. Stosowano smołę przez wiele miesięcy i uzyskiwano toż samo zjawisko spotęgowanej energji twórczej i przeinaczenia komórki nabłonkowej, jak to i u człowieka się zdarza w przypadkach raka parafiniarskiego, kominiarskiego, poanilinowego, porentgenowego.

Nasuwa się pytanie, czy każda komórka nabłonkowa czy łącznotkankowa w każdym organizmie może ulec zrakowaceniu, zmięsokowaceniu tj. czy może przybrać cechy własności komórki rakowej czy mięsakowej, przeistoczyć się rakowo, mięsakowo.

Z relacji Yamagiwy (Virchowa archi wum t. 233 r 1921), który eksperymentował niezwykłą ilością królików, u których nowotwory samorodne są rzadkie, wynika, że eksperymenta te nie sprzeciwiają się przypuszczeniu (vide moje szkice anatomiczno-patologiczne str. 110, 1921) możliwości istnienia w pewnych organizmach czy grup komórkowych, czy systemów tkankowych, których komórki wcale nie byłyby niejako już zrakowaciałe, lecz których własności.

czy właściwości usposabiają do powstawania raka, do przeinaczenia rakowego w odpowiednich po temu warunkach. Fatum organizmowe, jak to nazywam.

Yamagiwa przyjmuje, jako pewne, istnienie indywidualnego usposobienia ułatwiającego rakowacenie, przyjmuje zaś na tej podstawie, iż niekiedy u jednego królika uzyskiwał wynik dodatni już po kilkakrotnem stosowaniu smoły, u innego dopiero po kilkunastokrotnem, a u, jak się Yamagiwa wyraża, słabo oddziaływujących nawet po kilkunastokrotnem i dłuższem stosowaniu smoły żadnego skutku nie osiągał. Nie każda komórka nabłonkowa i nie w każdym organizmie ulegaćby więc mogła rakowaceniu.

Wyniki eksperymentalne ostatniej doby z wywoływaniem raków posmołowych nie wyjaśniają istoty podstawy raka, rakowacenia komórek nabłonkowych, potwierdzają znane fakta dawniejsze powstawania raka u człowieka pod wpływem różnorodnych czynników zewnętrznych, a wskazują szczegół, na który się nie zwracało tak bardzo uwagi, że dopiero po dłuższem czy długiem działaniu czynnika rakotwórczego rak się rozwija.

Eksperymenta ostatniej doby nie naruszają w niczem znaczenia i udziału w powstawaniu nowotworów ognisk komórkowych pochodzenia płodowego, niejako zawiązków przyszłych, możliwych nowotworów. Istnienie w niektórych organizmach takich ognisk niewątpliwe, żadnej wątpliwości ulegać nie może, a udział ich w powstawaniu np. chrząstniaków, naczyniaków, mięśniaków, nadnerczaków albo gruczolaków tarczycy, w rakowaceniu mięśniaków macicy, stwierdzony.

Zagadnienie co do stanu komórki rakowej, co do jej organizacji, zagadnienie, na czem polega tak wyraźna, odrębna właściwość komórki rakowej, istota rakowacenia, komórki wyróżniającej się pod każdym względem od komórek organizmu w sprawach fizjologicznych, jak i pozanotworowo patologicznych, nie jest rozjaśnione.

Tłómaczenie, na czem te właściwości polegać mogą, opierać się jeszcze musi na przypuszczeniach mniej lub więcej uzasadnionych, tworzących pomosty, wiodące do poznania istotnego stanu rzeczy.

Poznanie istotnej podstawy raka zależy od dokładniejszego zaznajomienia się z budową fizyczno-chemiczną komórki w ogóle.

Komórki różnych systemów tkankowych, wchodzące w skład różnych pod względem funkcyj narządów organizmu, różnią się pomiędzy sobą, napewne to twierdzić można, nie tylko pod względem morfologicznym, ale przedewszystkiem chemicznym, a świadczy o tem różność czynności narządów.

Wiemy o tem, że różnorodne czynniki działać mogą i działają tylko na pewne komórki albo nawet na pewne cząstki komórek albo, inaczej się wyrażając, że różnorodne komórki oddziaływują wybiórczo na różnorodne czynniki.

Jad tężca wpływa np. na komórki zwojowe tylko pewnej kategorji, niestwierdzony a raczej niepoznany dotąd czynnik wściekliźniany działa tylko na pewne części ośrodka nerwowego, tak samo jad kiełbasiany, pasorzyt zimniczy usadawia się i działa na czerwonokrwinki.

Wobec tego, że komórki nabłonkowe, wchodząc w skład różnych czynnościowo tkanek i narządów, różnić się muszą pomiędzy sobą pod względem chemicznym, nasuwa się samo przez się przypuszczenie, iż stwierdzane dotąd różnorakie czynniki rakotwórcze, jakoteż czynniki, które jeszcze możliwie poznamy, mogą działać na różnorodne komórki nabłonkowe niejednako, nie w równym stopniu i sposobie, że nie każdy czynnik przeinaczać może rakowo każdy gatunek komórek nabłonkowych, że przeinaczenie rakowe np. komórek naskórka a komórek gruczołowych może nie być dziełem jednego i tego samego czynnika rakotwórczego.

To jednak pewne, co potwierdzają i eksperymenta ostatniej doby, że rak nie jest zmianą pochodzenia pasorzytnego w dawniejszem pojęciu, zmianą polegającą na wtarganiu posorzyta w obręb komórki nabłonkowej i działaniu tamże twórczo, że pasorzyt, jak czynniki innej przyrody stanowi tylko podnietę okolicznościową, że czynnik rakotwórczy nie jest jednościowy, że wreszcie rak nie jest zaraźliwy w właściwem tego pojęcia znaczeniu tj., że nie powstaje przez wszczepienie swoistego czynnika. Stwierdzenie, że nie ma jednościowej podstawy raka, że różnorodne czynniki wywołać mogą rakowacenie tkanek, to ważny krok naprzód w sprawie zwalczania raka, a zwalczanie raka w miarę poznawania czynników rakotwórczych, będzie bodajże łatwiejsze, aniżeli zwalczanie gruźlicy czy kiły.

Dr. Bolesław Lecewicz, kierownik Szpitala. Stryj.

Odprowadzanie ręczne przepukliny uwięźniętej w świetle przypadków krwawo operowanych.

(Ze Szpitala powsz. w Stryju).

Odprowadzanie ręczne przepukliny uwięźniętej uważane jest dotychczas za zabieg dozwolony i zgodny z zasadami sztuki lekarskiej.

Obowiązujące lekarzy zastrzeżenia, iż wolno odprowadzać tylko w przypadkach świeżych, gdzie niema objawów otrzewnowych w postaci obfitych wymiotów o zapachu kałowym, spadku tętna itd., że wolno czynić ów zabieg bez użycia zbytniej siły, bacząc na wytrzymałość ścian jelita, — wydają się niedostateczne. Odprowadzanie ręczne, zajmując miejsce obok krwawego traktowania uwięźnięcia, jako dostępniejsze nie tylko dla lekarza, lecz przedewszystkiem dla t. zw. specjalisty przepuklinowego, wysuwane bywa na pierwszy plan podczas niesienia pomocy.

Wyjątkowo tylko bywają operowane przypadki bez uprzedniej interwencji ręcznej, tak iż w przypadkach nawet powikłanych, gdy w worku przepuklinowym toczy się sprawa chorobowa, nie mająca nic wspólnego z uwięźnięciem a będąca przeciwwskazaniem, stosowana jest interwencja ręczna przez laików, wyjątkowo tylko, wskutek trudności rozpoznawczych, przez lekarzy.

Odprowadzenie en bloc zdarza się dość często laikom. Wyjątkowo tylko lekarzom, gdy nie wiedzą o forsownych uprzednich próbach i oderwaniu worka.

W razie nieudania się zabiegu ręcznego przestrzega się, po zastrzyknięciu podskórnem morfiny lub atropiny i stosowaniu kąpieli, zasady wyczekiwania, licząc na powstanie zmian w krążeniu, a tem samem na możliwość bądź odprowadzenia ręcznego, bądź też cofnięcia się samoistnego uwięźniętej pętli. I wówczas tylko, gdy odprowadzenie ręczne lub wyczekiwanie nie sprowadzają poprawy, chorzy godzą się na operację krwawą.

Korzystne niekiedy wyniki ręcznego traktowania ugruntowują wiarę wśród publiczności w skuteczność tego zabiegu, ciężki zaś stan po operacji krwawej, lub zejście śmiertelne, będące następstwem zbyt późnej operacji, odnoszone są do zgubnych skutków samej operacji. Wystarczy przedstawić niektóre przypadki przepukliny uwięźniętej, traktowane operacyjnie w jednym ze szpitali w ciągu roku, by uzyskać jasny obraz następstwa odprowadzania ręcznego, a tem więcej tolerowania wogóle tego zabiegu.

I. A. F. lat 21, od 5 lat cierpiał na przepuklinę pachwinową, prawostronną odprowadzalną. Wśród zupełnego zdrowia w dniu 25 III. 1921 poczuł kurcze w brzuchu, przepuklina zaś, mimo zwykle przez niego czynionych prób, nie dała się odprowadzić. Gdy dalsze próby odprowadzenia, czynione przez laików, nie sprowadziły polepszenia, poproszono następnego dnia lekarza, który z łatwością odprowadził przepuklinę. Chory poczuł znaczną ulgę, bóle ustąpiły, wypróżnienia jednak nie było. Po kilku godzinach zaczęły się zjawiać bóle, wzmagające się z każdym dniem, po czterech dniach zaś wystąpiły odbijania i wymioty. Wówczas wezwany lekarz odesłał chorego do szpitala.

W chwili przyjęcia chorego do szpitala, tj. w dniu 30 marca, stan przedstawiał się następująco: u osobnika średnio zbudowanego i odżywionego bez zmian chorobowych w płucach i sercu stwierdzało się brzuch miernie wzdęty, stawianie się pętli jelit, wypuk bębenkowy, z wyjątkiem okolicy ponad więzem Pouparta, gdzie było stłumienie na szerokość dłoni; w miejscu tem zauważono wypuklenie, znikające przy napinaniu się powłok brzusznych, dotykiem zaś stwierdzało się opór kształtu pięści, nieruchomy w kanale pachwinowym wprowadzony palec natrafiał na opór, tętno było 110, ciepłota normalna. Na twarzy widoczny był obraz cierpienia. Czkawka i wymioty były częste.

Mimo oświadczenia chorego, iż konieczna jest natychmiastowa operacja celem zwolnienia uwięźniętej przepukliny, w przeciwnym bowiem razie nastąpi śmierć, chory miał tak bezwzględną wiarę w dokonane odprowadzenie, iż nie zgadzał się na zabieg, żądając podania leku celem uśmierzenia bolów. Zagrożenie wypisania chorego ze szpitala i dalsza perswazja wymogły wreszcie zgodę chorego na operację.

W miejscowem znieczuleniu za pomocą rozczynu 1% novokainy dokonano nacięcia powłok kanałem pachwinowym i powyżej, otwarcia jamy brzusznej, odosobnienia za pomocą kompresów uwięźniętej pętli wraz z workiem, poczem ostrożnie nacięto worek, uwalniając zeń jelito. Miejsca z rozpoczynającą się martwicę jelita obszyto katgutem przez sfałdowanie ścian i odprowadzono je do jamy brzusznej. Obok jelita znajdowała się sieć, przyrośnięta do dna worka, którą zresekowano. W jamie brzusznej pozostawiono dren, w ciągu następnych 5 dni tętno było 120, ciepłota do 38°. Wypróżnienie nastąpiło 6 dnia po operacji. W dniu 15 kwietnia chory opuścił szpital z raną na wygojeniu, w ciągn następnego zaś tygodnia rana całkowicie się zgoiła.

II. A. O. R. lat 69 liczący, od 20 lat cierpi na przepuklinę pachwinową prawostronną, nosi stale opaskę przepulinową, przepuklina częściowo tylko daje się odprowadzić. Od kilku lat cierpi na nieżyt oskrzeli i osłabienie serca. Od 2 tygodni wystąpiło pogorszenie ogólnego stanu; brak apetytu, odbijania, kaszel większy, zaparcie stolca, który oddaje po lawatywie co 4-ty dzień. Przed 2 tygodniami częściowo odprowadził przepuklinę z nieco większą trudnością, niż zwykle. Zgłasza się do badania ogólnego, nie przywiązując większej wagi do przepukliny.

Badanie wykazuje u osobnika słabo zbudowanego i odżywionego ze zmianami starczemi na powłokach zewnętrznych, z rozedmą płuc, nieżytem oskrzeli, zmianami miażdżycowemi naczyń obwodowych, przewlekłem zapaleniem mięśnia sercowego, obrzękami kończyn dolnych, brzuch miernie wzdęty, tkliwy, o wypuku bębenkowym. Moszna po stronie prawej wypełniona jest guzem wielkości pięści kształtu owalnego, konsystencji chrząstki. Przy obmacaniu stwierdza się, iż guz ów na granicy kanału pachwinowego zmienia spoistość na miękką, pozostając w związku z narządami jamy brzusznej. Przy lekkich próbach wyosobnienia guza przez ucisk powyżej więzu Pouparta powstaje gwałtowny ból. Ciepłota ciała wynosi 37,6, tętno zaś 110.

Rozpoznano przepuklinę uwięźniętą i uzyskano zgodę na operację. W miejscowem znieczuleniu, po uprzedniem podaniu ol. camph. pod skórę, dokonano herniotomji i uwolnienia ściany jelita, częściowo zrośniętego ze ścianą worka, częściowo zaś wykazującego zmiany rozpoczynającej się martwicy. Miejsca owe obszyto katgutem przez sfałdowanie.

Worek przepuklinowy o ścianach grubości palca, wykazujący ogniska zwapnienia, usunięto całkowicie.

Dalszy przebieg gładki, pogorszenie ogólnego stanu było nieznaczne. Chory opuścił szpital po 10 dniach z raną na wygojeniu.

III. J. M. lat 54 liczący, od kilku lat posiada guz w pachwinie lewej, niekiedy znikający. Przed 6 godzinami nagle dostał bolów w brzuchu i odbijań.

Badanie wykazało u osobnika miernie zbudowanego i odżywionego z rozedmą płuc i nieżytem oskrzeli brzuch miernie wzdęty, tkliwy na ucisk, wszędzie o bębenkowym wypuku. Z kanału pachwinowego wychodził guz wielkości jaja kurzego, bolesny, o wypuku stłumionym. Tętno wynosi 90, ciepłota ciała 37·2°

W miejscowem znieczuleniu dokonano herniotomji. W worku znajdowała się sieć, po której wycięciu dokonano operacji radykalnej przepukliny.

Wycięta sieć zawierała ropień, pokryty w niektórych miejscach dość cienką ścianą. W dniu 11 lutego, czyli po 8 dniach, chory opuścił szpital, jako wyleczony.

IV. T. S. lat 44 licząca, cierpi na przepuklinę udową prawostronną od kilku lat. Niekiedy miewa bóle w tej okolicy brzucha. Od 2-ch tygodni znaczne pogorszenie, bóle brzucha i guza, stolec co 3-ci dzień po lawatywie, brak apetytu.

Próby odprowadzenia, czynione w pierwszych dniach choroby przez laików, spowodowały obrzęk guza, większą bolesność tegoż. Wezwany lekarz 4-go dnia choroby polecił udać się chorej do szpitala, gdzie zgłosiła się w 10 dni później. W dniu przyjęcia do szpitala badanie wykazało u osoby miernie zbudowanej i otyłej z rozedmą płuc, zdrowem sercem, brzuch miernie wzdęty o wypuku wszędzie bębenkowym, nieco tkliwy na ucisk, ponad kanałem udowym prawym zaś guz wielkości pomarańczy, pokryty zaczerwienioną skórą, tkliwy na lekki ucisk, o wypuku przytłumionym, temp. wynosiła 37,2°, tętno zaś było 100.

W znieczuleniu miejscowem dokonano herniotomji. Przecięto grube warstwy zapalnie nacieczonego worka przepuklinowego, na dnie którego tkwił koniec martwicu zmienionego wyrostka robaczkowego.

Długość wyrostka wynosiła 12 cm, światło zaś swobodnie przepuszczało nożyczki chirurgiczne. Obok wyrostka znajdowały się nieuwięźnięte pętla jelita i sieć, częściowo zrośnięta ze ścianą worka.

Dokonano wycięcia wyrostka robaczkowego i sieci, jelito zaś odprowadzono do jamy brzusznej, pozostawiając dren. Przebieg dalszy gładki, po 3-ch tygodniach chora opuściła szpital, jako wyleczona.

V. W. D. lat 62 liczący, cierpiał od kilku lat na przepuklinę pachwinową prawostronną, odprowadzalną. W dniu 30 czerwca został kopnięty przez sąsiada w brzuch. W 4 godziny później wystąpiły gwałtowne bóle brzucha, wymioty, utrzymujące się do następnego dnia, kiedy chory zgłosił się do szpitala z polecenia lekarza z rozp. przepuklina uwięźnięta. Interwencji ze strony laików nie było, gdyż zależało poszkodowanemu i rodzinie na jak najkorzystniejszej opinji znawców sądowo-lekarskich.

Badanie w dniu przyjęcia do szpitala wykazało u osobnika dobrze zbudowanego, miernie odżywionego, z rozedmą płuc, sercem bez wybitniejszych zmian chorobowych, brzuch wzdęty o powłokach napiętych, bolesny na dotyk, o wypuku bębenkowym, po bokach zaś przytłumionym.

Z kanału pachwinowego schodził do moszny prawej guz wielkości 3-ch pięści o wypuku bębenkowym, niezwykle tkliwy. Tętno było 120, temp. 37·6°. Chory wymiotował kałem. W miejscowem znieczuleniu za pomocą rozczynu 1% novocainy, dokonano herniotomji. Wypuszczono znaczną ilość mętnego płynu z worka, oczyszczono pętle jelit uwolniono ze skrętu o 360.° Po stwierdzeniu zaś żywego ruchu robaczkowego i braku zmian na nich we wrotach przepuklinowych, bez rozszerzenia kanału, odprowadzono je z łatwością do jamy brzusznej. Po założeniu drenu do jamy brzusznej wylała się przezeń znaczna ilość cieczy mętnej.

Objawy otrzewnowe ustąpiły po 24 godzinach, dren usunięto po 4-ch dniach. W dniu 14 kwietnia chory opuścił szpital, jako wyleczony.

VI. F. W. lat 40 liczący, od kilku lat cierpi na przepuklinę pachwinową prawostronną.

Przed 48 godzinami wystąpił ból brzucha, czynione zaś próby przez chorego i otoczenie odprowadzenia przepukliny okazały się daremnemi.

W znieczuleniu miejscowem dokonano herniotomji. W worku przepuklinowym znajdowała się ślepa kiszka wraz z wyrostkiem robaczkowym. Ściany kiszki były przekrwione i wykazywały słaby ruch robaczkowy. Po wycięciu wyrostka robaczkowego, częściowo zrośniętego ze ścianą worka przepuklinowego, oblepionego tkanką łączną po sprawie zapalnej przebytej, założeniu bocznego zespolenia jelit, odprowadzono ślepą kiszkę do jamy brzusznej. Przebieg dalszy gładki. Po 2 tygodniach chory opuścił szpital jako wyleczony.

VII. A. B. lat 55, od kilku lat cierpi na przepuklinę udową prawostronną. Przed tygodniem wystąpiły bole w brzuchu, wszelkie próby odprowadzenia, czynione przez biegłych, okazały się daremnemi. Stan z każdym dniem się pogarszał, tak iż po 7 dniach wezwano chirurga, by potwierdził zdanie chorej i otoczenia, iż wobec nieudania się zabiegu ręcznego chorą czeka pewna śmierć i winna natychmiast rozporządzić majątkiem. Chorą polecono natychmiast przewieść do szpitala. Badanie chorej wykazało: twarz zapadnięta, język suchy, w płucach objawy nieżytu oskrzeli, nad końcem serca skurczowy szmer, brzuch wzdęty o wypuku bębenkowym.

W pachwinie prawej znajdował się guz wielkości pięści pokryty zaczerwienioną skórą. Ciepłota prawidłowa, tętno 110 wymioty kałowe, częste.

W miejscowem znieczuleniu, po uprzedniem podaniu podskórnem olejku kamforowego, dokonano otwarcia jamy brzusznej powyżej nacieczonego guza, uchwycenia za pomocą kleszczy uwięźniętej pętli jelita, po wyosobnieniu zaś jamy brzusznej za pomocą kompresów od uwięźniętej pętli, nacięto worek przepuklinowy, skąd wylała się ciecz ropna zmieszana z kałem. Nekrotyczną pętlę wycięto i usunięto z pola operacyjnego. Po zaszyciu światła końców wyciętego jelita dokonano bocznego zespolenia jelit i wsunięto je do jamy brzusznej zdala od pola operacyjnego. Nekrotyczne ściany worka usunięto, ranę powłok brzusznych zmniejszono za pomocą szwów. Do jamy brzusznej założono dren, miejsce zaś, gdzie była przepuklina, wysetonowano. Dalszy przebieg bowiem wady serca — walka ustroju ze śmiercią w ciągu tygodni. Były chwile, gdy akcja serca słabła do zaniku tętna. Po 2 tygodniach chora przewieziona zosłała do domu, gdzie zwolna przychodziła do zdrowia. Po czterech tygodniach rana była zgojona.

Oto 7 przypadków, nadających się z małemi wyjątkami w pierwszych godzinach schorzenia do interwencji ręcznej bez uczynienia zarzutu lekarzowi, iż postąpił wbrew zasadom nauki.

Przypadek pierwszy poucza, z jaką łatwością udaje się odprowadzić en bloc nawet lekarzowi, gdyż wywiady o uprzedniej interwencji są z zasady mylne.

Przypadek drugi potwierdza przypuszczenie, iż w razie uwięźnięcia ściany jelita, gdzie więc passage jest utrzymany, ani obraz kliniczny, ani wywiady, nie mogą dać podstawy do sądu o tem, w jakim stopniu uległa zmianie uwięźnięta ściana jetita. W przypadku trzecim, rozpoznając przepuklinę sieciową, łatwo było przy odprowadzeniu spowodować pęknięcie cienkiej ściany ropnia i spowodować zapalenie otrzewnej.

W przypadku czwartym odprowadzanie ręczne spowodowało tylko pogorszenie sprawy zapalnej wyrostka robaczkowego w worku, na szczęście wykonane zostało dość

oględnie, by nie spowodować oderwania tegoż od worka i przeniesienia sprawy chorobowej do jamy brzusznej.

Uwięźnięcia ani w tym, ani w następnym przypadku nie stwierdzono.

W przypadku piątym odprowadzenie ręczne w pierwszych godzinach, gdy nie było objawów otrzewnowych, mogło się odbyć, lecz skręcenie jelita mogło pozostać nadal w jamie brzusznej.

W przypadku szóstym następstwa odprowadzania byłyby analogiczne do następstw w przypadku czwartym. Odprowadzenie ręczne zatem, nawet wykonane przez lekarza, może spowodować pogorszenie sprawy chorobowej, zabieg ów wykonuje się bowiem na ślepo bez pewnych danych, co się odprowadza i jak się odprowadza. Wszak spotykane często postronki sieciowe, zwinięte z workiem przepuklinowym, mogą dać powód do przegięcia się jelita i wywołać niedrożność po odprowadzeniu. Poważniejsze jednak niebezpieczeństwo grozi ze strony specjalistów przepuklinowych, którzy będą ów zabieg wykonywali tak długo, jak długo nie zostanie wyrzucony z nauki, a nawet wzbroniony. Uzdrowić stosunki może jedynie jasne postawienie kwestji, iż każdy chory winien być operowany ze stratą czasu, potrzebną po przygotowania na miejscu, lub przeniesienia chorego do szpitala, wystarczającą, by w przypadkach, w których udaje się odprowadzić przepuklinę, nastąpiło samoistne cofnięcie się wypadniętej pętli, łatwiej podczas przewożenia wskutek wstrząśnień.

Odpadną wówczas zejścia śmiertelne wskutek spóźnionej operacji, a zabieg operacyjny krwawy, jako jedynie pewny, zajmie w opinji należne sobie miejsce.

XVIII. Z kazuistyki Zakładu Anatomji Patologicznej U. W.

L. Skubiszewski. Warszawa.

Rzadki przypadek jednoczesnego naczyniaka mięsakowatego wątroby i śledziony.

(*Angioma sarcomatodes hepatis et lienis. Mesenchymoma angioblasticum malignum*).

Przypadek, który przedstawić tutaj zamierzam, zasługuje na szczególną uwagę z tego względu, że wygląd makroskopowy wątroby i śledziony przypominał gruczolaka złośliwego okazało się jednakże, że badanie mikroskopowe nietylko nie potwierdziło przypuszczalnego rozpoznania, lecz przeciwnie stwierdzone zostało, że w danym przypadku mamy do czynienia ze schorzeniem nowotworowem *sui generis*.

Protokół sekcyjny N 99, rok 1921. Mężczyzna 54 lat; odżywienie bardzo dobre, warstwa tłuszczowa na brzuchu grubości 3 ctm., budowa jest prawidłowa.

W jamie klatki piersiowej osobliwszych zmian nie stwierdzono.

W jamie brzusznej zawartość jest krwista w ilości 1,5 litra i znaczne wiśniowe skrzepy; pętle jelit wolne i wciśnięte są do małej miednicy; otrzewna jest gładka, lśniąca i prześwieca.

Wątroba wypełnia prawie całą jamę brzuszną i waży 7570 g powierzchnia jej jest guzowata, guzy niejednakowej wielkości.

Na powierzchni jednego guza w pobliżu więzadła sierpowatego widoczny jest skrzep o średnicy 2 ctm., który z łatwością dał się usunąć z torebki; wówczas spostrzeżono na powierzchni guza 3 otwory o średnicy 2—3 mm, które drążą do jamy w miąższu, wielkości orzecha laskowego, wypełnionej płynną krwią. Na powierzchni guzów w innych okolicach daje się zauważyć, że torebka wątroby posiada bardzo drobne popękania ewentualnie nieznaczne szczelinki. Spoistość wątroby wzmożona o odporności twardej. Z przekroju krew zupełnie nie wypływa; naczynia są puste i zieją; na całej powierzchni przekroju występują guzki różnej wielkości — od ziarenka pszenicy do orzecha laskowego, o niejednakowej spoistości, o konturach okrągłych lub nieprawidłowych, nie odznaczających się wyraźnie. Guzki przylegają do siebie bądź bezpośrednio, bądź oddzielone są bardzo cienkim silnie zmienionym mostkiem miąższowym. Powierzchnię przekroju cechuje wielobarwność obrazu. Jedne guzki są żółte, inne szaro-żółte, gdzieniegdzie z odcieniem czerwonawym; w niektórych guzach stwierdza się wszystkie wspomniane barwy. Poszczególne guzy wykazują budowę niejednolitą: w części środkowej przeważnie rysunek zupełnie zatarty, szarawy, przypomina ogniska jakoby uległe martwicy. Na obwodzie guza występuje budowa pasemkowata lub też drobnoziarnista o zabarwieniu szaro-białawem z odcieniem czerwonawym. W bardzo licznych szaro-żółtych i zielonkawo-żółtych guzach występują ogniska o zabarwieniu czekoladowem.

Badanie drobnowidowe. Większe guzki w części środkowej wykazują zmiany martwicowe, o charakterze częściowo martwicy karjorektycznej, częściowo karjolitycznej; w ogniskach martwicowych mniej zaawansowanych zarysowują się kontury naczyń, poprzeplatanych między sobą i wypełnionych masą rozpadającej się krwi. Na obwodzie guzka stwierdza się wyraźną budowę naczyniastą. Przebieg naczyń jest nadzwyczaj nieprawidłowy i tworzą one sieć już to o okach szerokich lub też wąskich. W świetle naczyń znajdują się tylko poszczególne czerwone ciałka krwi. Ściana naczyń jest utworzona z dużych komórek śródbłonkowych z siateczkowatą protoplazmą, z jądrem owalnem, odcinającem się od protoplazmy o znacznym zrębie chromatynowym. Badanie obwodu guza wykazuje, że nie odcina się on wyraźnie od tkanki wątrobowej lecz, że pojedyńcze pasemka naczyń wrastają pomiędzy komórki, a nawet na samym obwodzie okalają oddzielne komórki miąższowe. Pomiędzy częścią środkową, martwicowo zmienioną, i częścią obwodową złożoną z nowotworzących się naczyń występuje pas pośredni, który cechuje się tem, że światło nowoutworzonych naczyń, jak również przestrzenie między komórkami miąższowemi, wypełnione są krwią. Ściana naczyń w niektórych miejscach jest gruba, wykazuje zmiany szkliste, przestrzenie ujęte przez te ściany są różnokształtnie porozszerzane, tj. takie, jakie widzimy w naczyniaku jamistym. W innych zaś mniejszych guzach na pierwszy plan występują obrazy nowotworzenia się naczyń sposobem pączkowania, a mianowicie komórki śródbłonkowe tworzą mniejsze lub większe lite pasemka, wciskające się w przestrzenie międzykomórkowe wątroby. Niektóre guzki są całkowicie martwicowo zmienione, o budowie prawie jednolitej i zabarwieniu uzależnionem od obecności większego lub mniejszego wynaczynienia, ewentualnie od przemian barwnika krwi.



Objaśnienie do rysunku.

1. Tworzenie się naczyń krwionośnych drogą pączkowania. Śródbłonki bezpośrednio przylegają do siebie i okalają komórki wątrobowe.
2. Utworzone naczynie wykazuje światło.
3. Wrastanie śródbłonków pomiędzy komórki wątrobowe.
4. Bezładny układ komórek śródbłonkowych i mięsakowatych.

Makroskopowo trudno było określić, w którem miejscu miąższ wątroby został zachowany, a pod drobnowidem stwierdzamy, że pomiędzy opisanemi nowotworowemi guzami, znajdują się bardzo maleńkie ogniska w postaci wąskich pasemek tkanki wątrobowej, która została silnie uciśnięta. Otoczka Glissona miejscami jest zgrubiała. Żyła wątrobowa i jej rozgałęzienia wykazują nieznaczne zgrubienia ściany. Komórki wątrobowe, które utraciły swój prawidłowy i zwykły układ, są znacznie zmniejszone i równają się wielkości białego ciałka krwi. Ściana naczyń rozgałęzień żyły wrotnej miejscami znacznie zgrubiała kosztem rozrastającego się śródbłonka. Na granicy nowoutworzonych naczyń i tylko co opisanych ognisk tkanki wątrobowej występują małe i nieliczne skupienia komórek zbliżonych wyglądem do komórek wrzecionowatych. Jądro w tych komórkach jest duże, barwi się dobrze. Komórki układają się chaotycznie, wrastają pomiędzy komórki wątrobowe i przerastają światło naczyń.

Jeżeli się bada poszczególne komórki, to przedewszystkiem uderza to, że niektóre z nich mają wyraźnie wygląd komórek wrzecionowatych, inne zaś są bardzo wąskie albo znacznie grubsze nietylko w miejscu jądra, lecz równomiernie w większej środkowej części komórki, a niektóre całkowicie są podobne do śródbłonków, szczególnie w tyc

miejscach, gdzie nowoutworzone naczynia tracą światło i gubią się w ogniskach komórek wrzecionowatych.

Jama wielkości orzecha laskowego przy badaniu drobnowidowem zasługuje na szczególną uwagę. Ściana jej w części zwróconej do powierzchni wątroby składa się z torebki wątrobowej, bardzo cienkiej i wywarstwionej od zewnątrz śródbłonkiem, który wykazuje niejednakową wielkość i jest znacznie porozsuwany, w części zaś zagłębionej w wątrobie składa się z tkanki łącznej włóknistej ze zmianami szklistemi, wywarstwionej tym samym śródbłonkiem. Wokoło jamy leżą drobne guzki nowoutworzonych naczyń. Ciągłość ściany jamy przerywa się przez wyżej wspomniane otwory, brzegi ich są pozazębiane.

Śledziona duża o spoistości twardej, waży 770 g, powierzchnia jej jest bardzo nierówna i guzowata. Przekrój przedstawia wygląd pstry. W miąższu śledziony są guzki, które przypominają wyglądem i barwą guzki wątroby, tylko różnią się tem, że granica ich źle się odcina od tkanki śledzionowej, która tutaj przeważa nad tkanką nowotworową. W niektórych ogniskach nowotworowych występują wynaczynienia świeże i stare pod względem okresu powstawania.

Badanie drobnowidowe wykazało, że w miejscach nowotworowych, gdzie są wynaczynienia, budowa jest przeważnie naczyniasta, chociaż w niektórych miejscach występuje wyraźnie jamista. W guzkach, gdzie brak wylewów krwawych, na pierwszy plan występuje budowa naczyniasta. Światło naczyń jest nierównomiernie poroszszerzane, miejscami zwężone do rozmiaru białego ciałka krwi. Krew tutaj płynie w przestrzeniach o nieprawidłowym kierunku, które powstały chaotycznie w miąższu. W niektórych większych ogniskach nowotworowych w środku znajdują się jeszcze resztki tkanki śledzionowej, która tutaj ma jakby charakter zewnętrznej wyściółki beleczek lub też zachowuje budowę prawidłową z wyraźną siatką o wielkich oczkach i ze znaczną ilością czerwonych ciałek krwi. Według wszelkiego prawdopodobieństwa tutaj krew przedostała się do samej tkanki śledzionowej, wychodząc poza łożysko naczyniowe, co w śledzionie często i tak się zdarza

Szczegółowe badanie podobnych ognisk wykazało, że przez zlanie się ściany nowoutworzonych naczyń z tkanką międzytkankową i przez zanik tych przegródek oraz miąższu śledzionowego, według wszelkiego prawdopodobieństwa z powodu ucisku, powstaje miejscami tkanka jamista, podobna do tej, o której wspomniałem przy opisie wątroby, tylko lepiej zaznaczona.

Jamy są bardzo nieliczne, mają wygląd nieprawidłowy, nie są podobne do tych, jakie spotykamy w naczyniakach wywarstwione są śródbłonkiem i zawierają bardzo niewielką ilość niezmienionej krwi. W ogniskach, gdzie tkanka śledzionowa nie uległa przerostowi nowotworowemu, występują zmiany szkliste w beleczkach, miąższ zaś ma charakter zbity. W tych ogniskach nowotworowych, gdzie głównie występuje budowa nieprawidłowo naczyniasta, przy pierwszem oglądaniu zdaje się, że mamy do czynienia z komórkami o najrozmaitszych postaciach i wielkości. Dopiero przy dokładniejszem rozpatrzeniu można odróżnić wiązki ewentualnie pasemka tkanki łącznej, którym komórki służą głównie jako wyściółka. Komórki te mają wygląd nieprawidłowo wrzecionowaty lub są zbliżone do śródbłonków włosowatych naczyń żylnych. W stosunku do normalnego śródbłonka uderza w nich najbardziej poza ich liczbą grubość i budowa istoty komórkowej, która stała się silnie łamiącą światło i dlatego przez swój połysk, jakoteż ciemne kontury, wpada w oczy, wydaje się przytem blada i drobnoziarnista. To wszystko powoduje, że jądro owalne jest przeważnie zakryte, dopokąd komórka nie może być widziana z powierzchni i że same komórki przy ich gęstem ułożeniu zakrywają się nawzajem. Dlatego też nie można należycie określić kształtu komórek, jednakże w głównej swojej ilości na bardzo cienkich skrawkach można określić je jako komórki o kształcie wrzecionowatych i podobnych do śródbłonkowych. Również spotykamy komórki bardziej owalne lub jakby wieloboczne, większe niż komórki limfatyczne, ale tej samej grubości, co komórki wrzecionowate.

Podczas gdy komórki o charakterze wrzecionowatym wyścielają światło, ewentualnie przestrzenie krwionośne jako śródbłonek, to te ostatnie leżą w świetle i przylegają do śródbłonka i są jego pochodnemi. Tego rodzaju ogniska bezpośrednio przechodzą w skupienia komórek wrzecionowatych ułożonych chaotycznie na obwodzie tworu właściwie naczyniastego; światło nowoutworzonych naczyń gubi się najczęściej w takich ogniskach skupienia komórek wrzecionowatych, w których nie daje się wykryć światła naczynia, mają charakter komórek łącznotkankowych atypowych z hyperchromatozą jądra. Tkanki łącznej w takich ogniskach nie udało się wykryć.

Budowa drobnowidowa ognisk nowotworowych śledziony całkowicie odpowiada temu, co miało miejsce w wątrobie, w której sprawa nowotworowa posunęła się tak dalece, że zajęła cały narząd, pozostawiając tylko nieznaczne ogniska tkanki wątrobowej, w samych zaś ogniskach nowotworowych na pierwszy plan występują zmiany martwicowe lub wylewy krwawe ze zmianami rozpadowemi, co wszystko razem znacznie utrudniało badanie w szczegółach.

W innych narządach osobliwych zmian nie stwierdziłem.

Z naczyniakami wątroby anatom patologiczny spotyka się względnie często, lecz istnienie naczyniaka złośliwego jednocześnie w wątrobie i śledzionie notowano dotąd w piśmiennictwie nader rzadko.

Podobny przypadek opisał L a n g h a n s. W jego przypadku zmiany głównie występowały w śledzionie, a wygląd makroskopowy nowotworu był na tyle swoisty, że można było odrazu stwierdzić, iż ma się do czynienia z tworami jamistemi wypełnionemi krwią, czego nie można było dostrzec w moim przypadku nawet wtedy, kiedy badanie drobnowidowe wykryło właściwy charakter nowotworu, i jak zaznaczyłem na wstępie, utkanie przemawiało raczej za gruczolakiem.

L a n g h a n s wypowiedział się, że pierwotne ognisko nowotworowe było w śledzionie, wtórne w wątrobie.

Do tego czasu wszyscy autorzy, którzy mieli możność spostrzegania naczyniaków mięsakowatych w śledzionie, wraz z L a n g h a n s e m twierdzą, że nowotwory te dają przerzuty do wątroby. L a n g h a n s oparł swoje przypuszczenie na tem, że klinicznie zmiany najpierw wystąpiły ze strony śledziony, a potem w wątrobie, z drugiej zaś strony znalazł zgrubienia śródbłonka w postaci rozrostu w dużych gałęziach żyły wątrobowej i wrotnej. Co do przerzutów do innych narządów w jego przypadku, to autor zastrzegł się, ponieważ sekcja była wykonana w niekorzystnych warunkach i ograniczyła się tylko do wyjęcia wątroby i śledziony. Od czasu L a n g h a n s a do dnia dzisiejszego nikt nie spostrzegał przerzutów do innych narządów, jak również nikt nie ustalił, jaką drogą szerzą się przerzuty, a L u b a r s c h, który na 1900 sekcyj spotkał 4 razy naczyniaka jamistego śledziony, zaznacza, że 3 przypadki znalazł przypadkowo i nie widać, by te nowotowory dawały przerzuty do wątroby. Dlatego też nasz pogląd różni się, o czem mowa będzie niżej.

Wielkość tych nowotworów jest różna. A l b r e c h t znajdował je, jak ziarnko prosa, L u b a r s c h wielkości wiśni, tylko w przypadku M o l t r e c h t a śledziona ważyła 3150 g.

We wszystkich podanych przypadkach na pierwszy plan występowała budowa gąbczasta o charakterze jam różnej wielkości, wypełnionych krwią, czasami beleczki ewentualnie przegrody były tak cienkie, że na pierwszy rzut oka wydawało się, iż ma się do czynienia tylko z wylewami krwawemi

Wzrost nowotworów jest różny. Dopokąd mamy tylko naczyniak, to nowotwór rośnie powoli, ale jak tylko zaczęło się bujanie mięsakowate, to nowotwór rośnie bardzo szybko tak np. w przypadku L a n g h a n s a śmierć nastąpiła w przeciągu $2^1/_2$ miesiąca

Ponieważ naczyniaki mięsakowate śledziony występują jednocześnie w wątrobie, nie dając przerzutów do innych narządów, ponieważ nie został do dziś stwierdzony fakt, jaką drogą szerzą się przerzuty, ponieważ w naszym przypadku ani w układzie żylnym ani chłonnym pomiędzy temi narządami zmian nie znaleziono, więc należy szukać objaśnienia powstawania tego rodzaju rzadkich, ale bardzo ciekawych przypadków, jak to podkreśla sam L a n g h a n s, zgoła w inny sposób.

Wątroba i śledziona, jakkolwiek rozwijają się z różnych listków zarodkowych, u osobnika dorosłego przy wielu sprawach chorobowych, np. marskości, chorobie Banti'ego, wspólnie biorą czynny udział. Przerost śledziony przy marskości wątroby jest uważany przez Grawitza i Hartwiga za przerost wyrównawczy. Oestreich przypuszcza, iż przerost śledziony jest wywołany przez tę samą przyczynę, która działa na wątrobę. Wycięcie śledziony przy chorobie Bantiego powstrzymuje wzrost marskości wątroby. Kashimoto jest zdania, iż śledziona zawiera pewne ciała, które pobudzają proteolizę białka w wątropie. Dalej wiemy, że wątroba jest filtrem dla krwi śledzionowej. W chorobie Gaucher, opisanej w roku 1882, przerost śledziony wolno idący zaznacza się silnemi bolami, krwotokami, bez białaczki. Według Cornilla, jest to przerost pierwotny śledziony z przerostem głównie jej siatki (duże komórki, jak nabłonkowe). Przy chorobie tej w rozgałęzieniach żyły wrotnej spotykamy nieraz zatory z komórek śledzionowych. Wiemy również, iż w razie wycięcia śledziony można w wątrobie stwierdzić mikroskopowo ogniska składające się z limfocytów, które, być może, jak w wątrobie zarodkowej, biorą na siebie czynność krwiotwórczą. Wszystko to wskazuje na blizki stosunek wątroby do śledziony. Dziś niepodobna jeszcze rozstrzygnąć kwestji, gdzie się mieści istota choroby. Opisany przypadek przemawia za tem, że mamy tutaj do czynienia ze złośliwem usystematyzowanem bujaniem śródbłonków w dwóch pokrewnych narządach, w których zapewne już zarodkowo, w czasie różniczkowania się komórek mezenchymy, przy ukształtowaniu naczyń wątroby i śledziony powstały nieprawidłowości w znaczeniu niezużytkowania siły wzrostu pewnych ich odcinków i zachowania przez nie siły wzrostowej zarodkowej.

Piśmiennictwo:

1. Albrecht. Ueber das Kavernom der Milz, ein Beitrag zur Kenntniss vom Bau und der Entstehung der Kavernome. Zeitschrift f. Heilkunde 1902 B. 23. 2. Clark. Congenital sarcoma of abdomen. The Brit. med. Jour. 1883. 3. Gijot. Gazette des hôpitaux 1870 Nr. 93. 4. Langhans. Pulserende cavernöse Geschwulst der Milz mit metastatischen Knoten in der Leber. Virchows Arch. 1879. B. 77, S. 273. 5. Moltrecht. Primäre Neubildungen der Milz. Inaug. Diss. Halle 1901. 6. Istomin. O warykoznych uzłach w sieliezionzie. Chirurgja 1904. 7. Krytoff. Splenoktomja posłuczaju sarcomy sieliezionki. Chirurgja 1898. 8. Obredanne et Martin. Angiome de la rate Splenoetomie. Gerison. Bul. et mém. de la soc. anat. de Paris. t. 79, Nr. 1.

Dr. L. Hirschfeld, dyr. państ. zakł. bad. surowic. Warszawa.

W sprawie Neosalwarsanu wyrobu krajowego.

Uwagi do artykułu p. A. Kogutowej w Polskiej Gazecie lekarskiej Nr. 20 1922 r.

W sprawie poruszonej przez autorkę artykułu chciałbym nadmienić, co następuje: Preparaty Arsenobenzolu wyrobu krajowego przechodzą uprzednio przez kontrolę chemiczną, biologiczną i kliniczną. Każda serja przed wypuszczeniem badana jest na zawartość arszeniku w Państwowym Instytucie Farmaceutycznym, następnie zaś biologicznie w Państwowym Zakładzie badania surowic. O ile próby te nie odpowiadają wymaganiom ustalonym w instrukcji Ministerstwa Zdrowia z dnia 20.|VII 1920 r., serja zostaje odrzucona; o ile badanie daje wynik zadowalający, preparaty zostają badane klinicznie przez Komisję, składającą się z czterech wybitnych wenerologów warszawskich. Dyskwalifikujące wyniki jednego z tych badań wystarczają do odrzucenia całej serji.

Lekarz, zastrzykujący preparaty asenobenzolu wyrobu krajowego, może mieć zatem pewność, że zostały one wypuszczone dopiero po uprzedniej kontroli. Nie należy jednak zapominać, że przy zastrzykach u większej liczby ludzi zawsze mogą się nadarzyć przypadki nieprzyjemne. Wskazanem byłoby dlatego, by, niezależnie od dyskusji w pismach, lekarze zawiadamiali Państwowy Instytut Farmaceutyczny, Chocimska 2 B, o nieprzyjemnych objawach, zauważonych przy zastrzykach, z dokładnem podaniem Nr. serji.

Chciałbym nadmienić, że na wniosek Ministra Zdrowia Publicznego dojdzie najpewniej do konwencji, ujednostajniającej sposób wykonywania kontroli salwarsanu we wszystkich państwach.

Z praktyki.

Jan Chmielewski, b. ordyn. i kier. szp. Liman kujalnicki.

O niektórych mało znanych odmianach objawu Lasègue'a i znaczeniu ich dla rozpoznawania udawania rwy kulszowej [1].

Rozpoznanie udawania niektórych, często się spotykających chorób nabiera dla nas obecnie szczególnego znaczenia. Gdy dawniej miało ono znaczenie przeważnie dla ekspertyzy sądowej, obecnie zjawiły się nowe pobudki dla udawania wśród szerokich mas: podczas poboru do wojska lub przy dochodzeniu odszkodowania od pracodawców lub kas chorych. Jednym z częstych objawów, na które się uskarżają poszkodowani, są bóle wszelkiego rodzaju, a między niemi jedno z pierwszych miejsc zajmuje nerwoból kulszowy. Jeżeli prawidłową ocenę rzekomego postrzału *(lumbago)* w wypadkach żądanego odszkodowania autor francuski nazwał »zmorą« ekspertów, to samo można powiedzieć i o rwie kulszowej. Szczególnie trudne jest rozpoznanie udawania, gdy się ma do czynienia z chorym inteligentnym, który już chorował na rwę kulszową, lub spostrzegał jej główne objawy na innych chorych, poddawanych badaniom w szpitalach, z sanitarjuszem lub felczerem, nie mówiąc o lekarzach. Taki pacjent może wypowiadać skargi charakterystyczne dla danego cierpienia, wskazywać na punkty bolesne, udawać nawet objaw Lasègue'a.

Naturalnie, o ile mamy do czynienia z objawami zapalenia nerwu, z zanikiem mięśni, ze zniesieniem lub znacznem wzmożeniem odruchu kolanowego ze zmianami czucia, bezczułością, bezbolesnością etc., rozpoznanie będzie nie trudne. Również nietrudno rozpoznać rzadziej się spotykającą *ischias scoliotica*, którą udawać przez czas dłuższy prawie niepodobna.

Najtrudniej wykryć udawanie nerwobólu kulszowego bez organicznych zmian w nerwie. Na pierwszym planie stoi tutaj badanie czucia skóry i objawu Lasègue'a. Na niektóre odmiany tego ostatniego, częścią już dawniej opisane przez autorów francuskich, lecz niedostatecznie znane, częścią spostrzegane przezemnie i, o ile wiem, dotychczas nieopisane, chciałbym tutaj zwrócić szczególną uwagę.

Jak wiadomo, rozróżniamy obecnie *ischias truncularis*— nerwoból samego pnia nerwu, i *ischias radicularis* — nerwoból pochodzenia korzeniowego. Źródłem tego ostatniego jest zwykle przewlekłe zapalenie opon rdzeniowych, twardej i miękkich, w okolicy ujścia korzeni nerwowych, na tle kiły, gruźlicy, rzeżączki lub nawet gośćca i urazu. O każdej z tych dwóch postaci nerwobólu kulszowego należy mówić osobno.

Co do nerwobólu, umiejscowionego w samym pniu nerwu, najważniejszym objawem są zmiany czucia skóry i objaw Lasègue'a. Stwierdzenie jednego z tych objawów jest dostateczne, aby wykluczyć udawanie.

Zmiany czucia. Przy *ischias truncularis*, zmiany czucia, w postaci znieczulenia lub zmniejszenia czucia wszystkich rodzajów, rzadko rozszczepienie czucia z pozostawieniem czucia ciepłoty, czasami w postaci przeczulicy lub zboczenia czucia, umiejscawiają się zwykle na zewnętrznej stronie goleni; zaczynając od zewnętrznej strony rzepki, rozprzestrzeniają się one na całą stopę, z wyjątkiem jej brzegu wewnętrznego i wewnętrznej strony palucha. Każdym razem, gdy znajdziemy znieczulenie lub inne wyraźne zmiany czucia w tej okolicy kończyny dolnej u chorego, uskarżającego się na nerwoból kulszowy, możemy wykluczyć udawanie, chociażby chory nie miał objawu Lasègue'a lub typowych punktów bolesnych Valleix'a, tem bardziej, że chory najczęściej nawet nie wie o znieczuleniu, które dopiero wykrywa się pod-

[1]) Wygłoszone na posiedzeniu klinicznem warszawskiego tow. lekarskiego d. 11. października 1921 r.

czas badania. Lecz takie zaburzenie czucia przy nerwobólu kulszowym daje się spostrzegać tylko w niewielkiej ilości przypadków. Daleko ważniejszym, gdyż daleko częściej spotykanym, jest t. zw. objaw Lasègue'a. Polega on na tem, że większość ruchów biernych, wykonywanych kończyną dotkniętą, wywołuje lub potęguje ból, ponieważ przy ruchach tych nerw kulszowy ulega wyciągnięciu. Dla wywołania klasycznego objawu Lasègue'a badający ujmuje kończynę leżącego chorego, wyprostowaną w kolanie, w okolicy około kostek, i unosi ją nad poziom posłania; drugą rękę badający kładzie nad stawem kolanowym na rzepce, przeszkadzając mimowolnemu zginaniu kończyny. Unoszenie nogi nad poziom posłania wywołuje ból na linji nerwu kulszowego, ból tem żywszy, im wyżej jest wzniesiona kończyna. W ciężkich przypadkach rwy kulszowej ból zjawia się przy nieznacznem nawet podejmowaniu nogi na całej przestrzeni nerwu kulszowego i jest nadzwyczaj silny; często odczuwa się on najbardziej w okolicy pośladka i krzyża, rozchodząc się na tylną część biodra. Czasami ból zjawia się dopiero przy podejmowaniu kończyny na znaczną wysokość, do kąta 30—45°, t. j. przy silnem lub nawet największem wyciąganiu nerwu. Objaw Lasègue'a spotyka się bardzo często, choć nie w każdym przypadku rwy kulszowej i nie wyklucza udawania u kategorji ludzi, o których już wspominaliśmy. Dla kontroli należy zmodyfikować badanie w ten sposób: chorego, znajdującego się na posłaniu w pozycji poziomej, prosimy aby usiadł na łóżku, przyciskając mu jednocześnie oba stawy kolanowe, aby kończyny dolne były zupełnie wyprostowane. Przy silnym nerwobólu kulszowym chory, po próbach siadania, nie może tego uskutecznić wskutek bólu w okolicy pośladka i całej chorej kończyny. Przy lżejszej postaci nerwobólu chory wprawdzie może z trudem usiąść, lecz uskarża się przytem na ból w okolicy pośladka.

Trzecia odmiana tej samej procedury polega na szybkiem wyprostowaniu nogi, zgiętej w kolanie, u chorego siedzącego na łóżku, za pomocą nacisku na staw kolanowy. Chory odczuwa wówczas taki sam ból, jak wyżej.

Obie te modyfikacje objawu Lasègue'a są bardzo użyteczne przy wykryciu udawania, gdyż w umyśle badanego nie wzbudzają podejrzenia, w jakim celu dane ruchy są wykonywane. O ile są stwierdzone, udawanie można wykluczyć.

Ischias radicularis. Drugą odmianą rwy kulszowej jest nerwoból kulszowy pochodzenia korzeniowego — *ischias radicularis*, opisany kilkanaście lat temu. Spotyka się rzadziej, niż porażenie pnia nerwowego, jednak nie tak rzadko, jak myślano z początku. Przyczyną jego jest najczęściej, jeżeli nie wyłącznie, podrażnienie względnie zapalenie opon rdzeniowych w okolicy lędźwiowej i krzyżowej kręgosłupa, jest to więc właściwie objaw wtórny. Dla rozpoznania tego rodzaju nerwobólu kulszowego służy głównie badanie czucia. Gdy przy *ischias truncularis* zmiany czucia — bezczułość, nadczułość lub zboczenie czucia można stwierdzić tylko na stopie i zewnętrznej stronie goleni, przy porażeniu nerwu kulszowego korzeniowem zmiany czucia zajmują przynajmniej dwa odcinki kończyny dolnej, t. j. rozprzestrzeniają się i na biodra, tworzą jakby pasy ukośne, idące wzdłuż odpowiednich nerwów, na stronie zewnętrznej goleni, biodra i nawet pośladka. Zupełna bezczułość spotyka się rzadko, znacznie częściej zmniejszenie czucia wszystkich rodzajów lub nadczułość, czasami znajdujemy jedną i drugą u tego samego osobnika. Rozszczepienie czucia spotyka się rzadko. Badanie czucia dawałoby wskazówki bardzo cenne dla rozpoznawania, lecz niestety, zaburzenie czucia spotyka się nie zawsze w przypadkach, które miałem sposobność spostrzegać na Limanie Kujalnickim w Odessie, czasami występowały one po kilku tygodniach leczenia limanowego, a w kilku wypadkach dopiero w roku następnym leczenia.

Drugi objaw, właściwy tylko *ischias radicularis* i niektórym postaciom postrzału (*lumbago*), jest tak zwany objaw kaszlu (*signe de toux* Sicard'a). Polega on na uczuciu bólu w okolicy krzyżowej lub lędźwiowej podczas kaszlu lub kichania. Jest to objaw nieomylny, lecz również spotyka się nie zawsze.

Trzeci objaw, uważany przez Lortat Jacob i Subareanu za stały przy nerwobólu korzeniowym — skrzywienie kręgosłupa homologiczne lub skrzyżowane, również jest objawem nieomylnym, wykluczającym udawanie, lecz, według moich spostrzeżeń, dość licznych i długoletnich, spotyka się w mniejszości wypadków, i wcale za stały uważany być nie może.

Pozostaje jeszcze objaw Lasègue'a, który w zwykłej postaci spotyka się bardzo często, choć nie zawsze, i, przy zwykłym sposobie jego wywoływania, udawania, jak już mówiłem, absolutnie nie wyklucza. Tymczasem są odmiany objawu Lasègue'a, które pozwalają nie tylko wykluczyć udawanie, lecz i ułatwić rozpoznanie nerwobólu kulszowego pochodzenia korzeniowego wtedy, gdy charakterystycznych zmian czucia skóry, skrzywienia kręgosłupa, objawu kaszlu niema. Mianowicie Moutard Martin i Parturier zwrócili uwagę na objaw, nazwany przez nich „*Signe controlateral*“ — »Objaw przeciwstronny«. Polega on na tem, że u chorego, znajdującego się w pozycji poziomej, unosimy w górę nie chorą, lecz zdrową nogę; chory niespodziewanie dla siebie odczuwa ból w okolicy krzyża i pośladka nogi chorej; często ból ten promieniuje na biodro i goleń, wzdłuż całego nerwu. Objaw ten uważany był dotychczas jako właściwość wszelkich bólów kulszowych, zresztą bardzo rzadko spotykaną. Według moich spostrzeżeń objaw ten można wywołać tylko przy nerwobólu korzeniowym, gdy przy wyciąganiu zdrowego nerwu kulszowego udziela się ono przez worek opony twardej korzeniom nerwu chorego; tłumaczy się ten objaw stanem podrażnienia lub zapalenia opon mózgowych i ich nadczułością. Przy zdrowym stanie opon i korzeni rdzeniowych wywołanie bólu przez wyciąganie nerwu zdrowego nie da się pomyśleć, gdyż sam pień nerwu na stronie chorej wyciągnięciu nie ulega. We wszystkich prawie przypadkach, w których spostrzegałem ten objaw, albo już były inne objawy korzeniowe — zmiany czucia, objaw kaszlu, skrzywienie kręgosłupa, lub, o ile ich nie było podczas pierwszego badania, występowały niektóre z nich po pewnym czasie, często po kilku miesiącach, co zupełnie potwierdzało nasze przypuszczenie pierwotne.

Drugą odmianą objawu Moutard Martin'a jest objaw Bonnet'a; mianowicie przy przywiedzeniu biernem biodra zdrowego chory odczuwa ból w okolicy pośladka strony przeciwległej, chorej. Jest to objaw rzadszy i mniej pewny. Obie te procedury, o ile dają wynik dodatni, wykluczają wszelkie udawanie. Oprócz tych objawów można czasami u chorych na rwę kulszową wywołać następujące zjawiska: przy wywoływaniu objawów Lasègue'a z kończyny chorej, w kończynie, uważanej za zdrową, chory odczuwa ból mniej lub więcej charakterystyczny, częściej tylko w okolicy krzyża i pośladka, rzadziej ból ten rozchodzi się po całej nodze; ból jest zwykle słabszy, niż w nodze, której nerw został poddany biernemu wyciąganiu. W takich razach badanie dokładne kończyny pozornie zdrowej daje czasami charakterystyczne punkty Valleix'a lub zaburzenia czucia, zawsze o charakterze korzeniowym. Często jednak tych objawów wcale niema, lub występują one, równie jak i ból stały w drugiej kończynie tylko po poddaniu chorego dłuższemu stałemu spostrzeganiu. Jest to tak zwana *ischias larvata bilateralis* — rwa kulszowa utajona; jest ona — o ile udaje się wywołać objaw wyżej opisany, zawsze pochodzenia korzeniowego, i wszelkie udawanie wyklucza, gdyż dla badanego ból w nodze pozornie zdrowej jest zupełną niespodzianką. Tłómaczy się ten objaw, również jak objaw przeciwstronny (»*contre-lateral*«) Moutard-Martin'a udzielaniem się przy wyciąganiu podrażnienia, przez worek opony twardej, korzeniom nerwów przeciwnej strony, znajdującym się, jak i sama opona w stanie zachorzenia, choć w stopniu na tyle słabym, że samodzielnego bólu nie wywołuje.

Nakoniec, przy badaniu objawu Lasègue'a w kończynie rzekomo zdrowej, czasami spotykamy na niej niespodzianie ten objaw, to jest możemy wywołać objaw Lasegue'a na obydwóch kończynach dolnych, a chory uskarżał się na ból tylko w jednej nodze. Przy ścisłem badaniu również często

możemy stwierdzić punkty bolesne, rzadziej zmiany czuciowe skóry na goleni i t. d. W tych razach mamy do czynienia z *ischias larvata bilateralis truncularis* — nerwobólem kulszowym obustronnym utajonym pochodzenia obwodowego. Taka postać rwy kulszowej spotyka się najczęściej przy chorobach kobiecych, przy wysiękach w jamie małej miednicy, nowotworach macicy etc.; w tych razach wysięk drogą ucisku bezpośredniego, lub, wpływając na obieg krwi w narządach małej miednicy, wywołuje sprawę chorobową w nerwach kulszowych — zwykle w jednym silniej, niż w drugim. Stąd też objawy bólu występują przeważnie na jednej tylko stronie. Daleko rzadziej spotyka się *ischias larvata bilateralis truncularis*, jako skutek gośćca, kiły, rzeżączki, alkoholizmu. Objaw Lasègue'a obustronny przy skargach chorego na ból tylko w jednej nodze zmniejsza znacznie możliwość udawania, którą można wykluczyć zupełnie, o ile uda się stwierdzić i inne stałe objawy nerwobólu kulszowego.

Streszczając się, przychodzimy do wniosku, że przy badaniu chorych na rwę kulszową należy zawsze szukać objawu Lasègue'a jak na nodze chorej, tak i na rzekomo zdrowej. Przy tem można stwierdzić:

1) Objawu Lasègue'a brak.

Spotyka się to zwykle przy *ischias hysterica*, najczęściej są przytem inne objawy histerji, ogólne i miejscowe; o ile ich niema, można podejrzewać udawanie, choć bezwzględnej pewności w tym razie niema, gdyż około 50% nerwobólu kulszowego nie daje na początku objawu Lasègue'a.

2) Jest wydatny klasyczny objaw z tej strony — gdzie chory odczuwa ból. Jest to zwykle *ischias truncularis*. Przy udawaniu dwóch innych modyfikacji tego objawu zwykle nie udaje się wywołać.

3) Przy podejmowaniu wyciągniętej kończyny dolnej rzekomo zdrowej badany odczuwa ból i w tej kończynie: jest to najczęściej *ischias larvata bilateralis truncularis*; udawanie zwykle jest wykluczone.

4) Przy podejmowaniu kończyny chorej chory odczuwa ból nie tylko w nodze chorej lecz i w drugiej pozornie zdrowej. Jest to nerwoból pochodzenia korzeniowego; udawanie wykluczone.

5) Podejmowanie wyciągniętej kończyny zdrowej wywołuje ból w krzyżu i nodze chorej objaw „*contro lateral*" Moutard Martin et Parturier; wskazuje to również na nerwoból pochodzenia korzeniowego i udawanie wyklucza.

6) Przy podejmowaniu wyprostowanej nogi, pozornie zdrowej, badany odczuwa ból tak w nodze zdrowej (zwykle w mniejszym stopniu), jak i w kończynie chorej. Jest to nerwoból obustronny, utajony, również pochodzenia korzeniowego (*ischias larvata bilateralis radicularis*), udawanie jest wykluczone.

We wszystkich przypadkach, wymienionych w punktach 3, 4, 5 i 6-tym, w razie dodatniego wyniku badania, udawanie daje się wykluczyć. Objawy bólu wymienione w punktach 4, 5 i 6-tym spotykają się tylko przy nerwobólu pochodzenia korzeniowego, procedury zatem wymienione w tych punktach dają możność odróżniać nerwoból kulszowy korzeniowy (*ischias radicularis*), zależący zwykle od porażenia opon mózgowych, od porażenia samego pnia nerwu (*ischias truncularis*); ma to nie małe znaczenie dla rokowania i zastosowania odpowiedniego leczenia.

Trzeba pamiętać również, że inne sprawy chorobowe mogą dawać objawy bólu w kończynie dolnej, z umiejscowieniem i nawet z charakterem, przypominającym nerwoból kulszowy. Są to bóle mięśniowe po znużeniu fizycznem, przy utrudzeniu przeważnem jednej nogi (znużenie bolesne). Przechodzi ono zwykle po dwóch lub po trzech dniach wypoczynku. Zapalenie stawu biodrowego (*coxitis*) również może być przyczyną omyłki, szczególniej w razie rozprzestrzenienia się sprawy zapalnej na sąsiedni nerw kulszowy. Zapalenie stawu krzyżowo-biodrowego (*symphysis sacro iliaca*) może również dać powód do pomyłki. Przy badaniu, oprócz bolesności przy ucisku wzmiankowanego stawu, chory, przy zginaniu biernem biodra do miednicy i goleni do biodra odczuwa ból w okolicy górno-wewnętrznej pośladka, czego przy *ischias* zwykle nie bywa. Nie będziemy mówić o *osteomyelitis*, *psoitis*, o *dolores osteocopi*, o bólach przy wzrastaniu, o *phlegmasia alba dolens*, które odróżnić przy dokładniejszem badaniu nie trudno, również jak bóle wywołane przez żylaki głębokie. Przy wiądzie rdzenia pacierzowego w pierwszym okresie choroby, ból w nerwie kulszowym jest często pierwszym objawem, który zwraca uwagę chorego. Trudniej bywa czasem odróżnić ból kulszowy przy ucisku rdzenia pacierzowego od nerwobólu samodzielnego; ucisk ten może być spowodowany przez nowotwór (zwykle rak), daleko częściej przez gruźlicze zapalenie kości kręgowych, względnie opon (choroba Potta). Dokładne badanie kręgosłupa, jego bolesność, unieruchomienie, skrzywienia, oraz dokładne badanie pasów znieczulenia i przeczulicy najczęściej pozwala nam wyjaśnić sprawę w związku z przebiegiem cierpienia i całokształtem objawów. Na tych rzeczach zatrzymywać się nie będę, znaleźć je można w obszerniejszych podręcznikach i monografjach. Chodziło mi głównie o krótkie zobrazowanie metody szybkiego badania chorych na rwę kulszową z uwzględnieniem zabiegów mało znanych lub nieznanych i z możnością postawienia szybkich wniosków co do przyrody cierpienia i możliwego udawania.

Sprawozdania poglądowe.

O leczeniu środkami koloidowemi oraz nieswoistemi ciałami białkowemi.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. (Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki).

(Dokończenie)

Jak z powyższego przedstawienia wynika, działanie wprowadzonego śródmięśniowo mleka na ustrój jest w zasadzie podobne do działania kolargolu z tą różnicą, że jest ono stalsze i intenzywniejsze, zwłaszcza odnośnie do znaczniejszego podniesienia ciepłoty. Wielkość dawki wprowadzonego środka zwykła wpływać na nasilenie odczynu; zbyt duże dawki, ponad 10 ctm mleka, od samego początku stosowane mogą działać na ustrój ujemnie i zamiast wywołać działanie podniecające sprawność życiową komórek, spowodować wprost objawy porażenne. Należy zatem, rozpoczynając leczenie, używać dawki małej; już 2 gr mleka a nawet i mniej mogą wywołać pożądany odczyn leczniczy, którą to dawkę w miarę potrzeby stopniować można do 5 lub najwyżej 10 gr; dawki wyższe ponad 10 gr uważamy wprost za niepotrzebne. Kleeblat już po dawkach 0·1—0·3 mleka widział wystarczające działanie, i dawkę tę stopniowo ostrożnie podnosił. Nadmierna leukocytoza i zbyt duża eozynofilia ma jego zdaniem nakazywać ostrożne stosowanie mleka; dawki następne winny być stosowane dopiero po ustąpieniu zmian w obrazie krwi a więc raz na 4—5 dni. Jaschke, wstrzykując caseosan oznacza indywidualną dawkę dla odnośnego osobnika. Metoda ta polega na oznaczeniu przeciwciał w krwi chorych przed i po wstrzyknięciu. Podniesienie mianownika niwecznikowego w krwi chorego leczonego caseosanem, jest wyrazem wzmożonej energji życiowej komórek i pozwala wnosić o rokowaniu. Mimo tak powszechnego stosowania mleka i preparatów białkowych, objawy nadwrażliwości opisywane są rzadko a według Schmidta nie występują nawet wtedy, gdy odstęp pomiędzy injekcjami wynosił 14 dni. A jednak pojawiać się mogą; Sachs widział je po 2-giej injekcji, Oppenheim po 3-ciej. Na niebezpieczeństwo anafilaksji zwraca uwagę Seifert zwłaszcza po częściej powtarzanych wstrzyknięciach i dokonywanych w dłuższych odstępach czasu. Schittenhelm nie widział nigdy objawów prawdziwej nadwrażliwości, przestrzega jednak przed leczeniem śródżylnem tem bardziej, że leczeniem śródmięśniowem te same wyniki osiągnąć można. Wśród licznych wstrzykiwań, dochodzących do cyfry ca 3000, spostrzegaliśmy 4 przypadki nadwrażliwości. Dwa razy u kobiet, u jednej z nich, u której już przy drugiej injekcji wystąpiły nieznaczne objawy anafilaksji, po 3-ciej dawce 10 ctm mleka pojawiły się w kilka minut bardzo gwałtowne objawy zapadu: duszność, zaczerwienienie naprzemian z blednięciem twarzy, tętno drobne 140; atak gwałtowny przeszedł po kilkunastu minutach, chora jednak przez kilka godzin czuła się bardzo osłabioną.

U mężczyzny 32-letniego R. po VII. wstrzyknięciu 20 ctm mleka w 5 minut wystąpiło uczucie pieczenia w okolicy serca, bladość znaczna twarzy, wkrótce sinica, rozszerzenie źrenic, duszność, tętno małe 100; po dalszych 5 minutach źrenice prawidłowe, uczucie pieczenia w okolicy serca ustąpiło, zaczerwienienie twarzy, poty, tętno miarowe lepiej napięte 130; po dalszych 5 minutach bladość i zaczerwienienie twarzy zmieniają się kolejno, tętno 150; w 2 godzin od czasu wstrzyknięcia gwałtowne dreszcze, t. 160, a ciepłota w 4 godz. od wstrzyknięcia dochodzi do 41° przy t. 165; obfite poty trwające całą noc — osłabienie bardzo znaczne; następnego dnia rano temp. 38, t. 130.

Wspomnieć jeszcze należy zużytkowanie odczynu ogniskowego po wstrzykiwaniach mleka do celów rozpoznawczych, jak wywoływanie napadów utajonej zimnicy (Dziembowski, Brauer), w której następowo przeprowadzone leczenie uwieńczone zostało zupełnym wynikiem; pojawienie się odczynu Wassermanna, którego przed wstrzyknięciem nie wykazano.

Leczenie ciałami białkowemi znaleść musiało w medycynie wewnętrznej bardzo rozległe zastosowanie, a jednak z wyników dotąd otrzymaaych niepodobna jeszcze wysnuć ostatecznych wniosków; należy jeszcze dalej skrzętnie gromadzić spostrzeżenia kliniczne, które krytycznie rozpatrzone pozwolą temu sposobowi leczenia wyznaczyć należne mu miejsce.

W pierwszym rzędzie stosowano mleko i preparaty białkowe w leczeniu chorób zakaźnych.

W ciężkich przypadkach grypy, powikłanych zapaleniem płuc, stosowano od dawna niejednokrotnie z dobrym wynikiem przeróżne surowice, zwłaszcza bardzo dodatnio ma, zdaniem Reissa, działać surowica ozdrowieńców, stosowana w dużych dawkach. W naszych przypadkach przewlekającego się grypowego zapalenia płuc widzieliśmy po injekcji 5—10 gr mleka pewne korzystne działanie — choć nie we wszystkich.

W czerwonce opisują dodatnie wyniki po mleku (Döllken); po odczynie miejscowym ze strony jelit, objawiającym się po 5—6 godz. licznemi stolcami z obfitszą domieszką krwi, następowała szybka poprawa.

W płonicy od dawna stosowano (Mozer) surowicę przeciwpaciorkowcową ze zmiennym wynikiem; myśmy widzieli, że i ona zawodzi zupełnie w ciężkich septycznych przypadkach. Odnośnie do leczenia mlekiem nie mamy własnego doświadczenia. Sohn widział korzystny przebieg i skrócenie trwania sprawy chorobowej; osutka znikała szybciej, łuszczenie było nieznaczne.

Trjumfy święci leczenie surowicą swoistą błonicy, której wbrew zapatrywaniom Bingel'a należy przypisać działanie swoiste, a której działanie wspomaga białko, jako takie; wykazał to działanie Gröer, posługując się w doświadczeniach śródskórnym odczynem Schicka.

W durze osutkowym leczenie surowicą — według spostrzeżeń Greka nie dało dodatnich wyników; nasze kilka przypadki leczone mlekiem, pomimo że przebiegały dobrze, nie dają ze względu na zbyt szczupły materjał, podstawy do wyrobienia sobie należytego zdania o wartości leczniczej mleka.

W durze brzusznym, oprócz bardzo korzystnych wyników, jakie osiągano szczepionkami (Fränkel, Besredka), notowano przypadki śmierci wkrótce po wstrzyknięciu, zwłaszcza dożylnem. Gröer widział doskonałe wyniki ze swej tyfiny, która daje się dobrze dawkować. Nie weszły jednak dotąd ani leczenia surowicami ani szczepionkami do powszechnego zastosowania w durze brzusznym. Dobre wyniki po stosowaniu mleka w durze brzusznym widział Saxl i Schmidt. Na 70 przypadków duru brzusznego, leczonych wstrzykiwaniami mleka na oddziale wewn. II. szpitala powszechnego we Lwowie, mieliśmy 7% śmiertelności. Bezpośrednio korzystnego wpływu na przebieg choroby nie mogliśmy zauważyć. Nasilenie stanu chorobowego nie odbiegało od przeciętnego obrazu, leczenie mlekiem nie zabezpieczało występowania nawrotów. Jedynie w przewlekających się przypadkach — celem pobudzenia ustroju wstrzykiwanie małych dawek mleka mogłoby znaleść usprawiedliwienie.

W chorobie Weil'a widział dobre wyniki przy leczeniu preparatami białkowemi v. Velden, po deuteroalbumozie zaś Heller w przypadkach ospy.

W róży osiągał Schmidt w 61% przypadkach ustępowanie gorączki po mleku już w pierwszym dniu choroby. W naszych, co prawda nielicznych, przypadkach róży nie często stwierdzaliśmy ograniczanie się sprawy zapalnej, a nieraz po drugiem jeszcze wstrzyknięciu szerzyła się dalej; byłyby pożądane dalsze w tym kierunku spostrzegania.

W leczeniu gruźlicy płuc porównuje Schmidt osiągnięte mlekiem wyniki z wynikami po leczeniu tuberkuliną i wypowiada zdanie, że leczenie tuberkuliną nie jest niczem innem, jak niespecyficznem leczeniem ciałami proteinowemi, które wywołują dwufazową reakcję a podniesieniem sprawności i energji życiowej komórek ustroju w myśl wywodów Weichardta. Wobec wzmożonej wrażliwości ustroju gruźliczego Schmidt zaczyna stosowanie mleka w dawkach $^1/_2$ ctm i dochodzi stopniowo do 2 ctm. Wyniki lecznicze, otrzymane w Sanatorjum Dłuskich w Zakopanem, Jeża zachęcają do dalszych prób. Przy wysiękach opłucnowych u gruźliczych podaje pewne dodatnie wyniki Nowaczyński, uważając ten sposób leczenia za czynnik pomocniczy. Leczenie przypadków cięższych postaci gruźlicy płuc na oddziale wewn. II. lw. szpitala powsz., którego wyniki przedstawił Baley, nie dało na ogół dodatniego wyniku.

W napadowej dychawicy (*asthma bronchiale*) nie stwierdziliśmy wybitniejszej poprawy, a nawet w ciężkich przypadkach przemijające pogorszenie.

W posocznicy na tle zakażeń połogowych w kilku ciężkich przypadkach, w których stosowaliśmy bez powodzenia także kolargol, wstrzykiwaliśmy i mleko; pomimo wyzdrowienia części przypadków nie nabraliśmy przekonania o jego skuteczności wbrew zdaniu Lindiga, który stosował kaseosan z dobrym wynikiem. Przyznać tylko możemy co najwyżej pewien dodatni wpływ w przypadkach przewlekłych, kończących się nieraz i bez leczenia pomyślnie, wpływ pomocniczy, zdążający do podniesienia słabnącej energji życiowej komórek ustroju.

Uderzająco dobry wynik osiągnęliśmy w 1 przypadku długotrwałego podostrego zapalenia skóry i mięśni (*dermatomyositis*), w którym po 3 injekcjach mleka szybko ustąpiła, od kilku miesięcy trwająca gorączka, znikły obrzęki i zmiany na skórze.

We wszystkich przypadkach złośliwego zapalenia śródsierdzia (*endocarditis lenta*) stosowanie mleka nie wywarło żadnego dodatniego wpływu.

W 2 przypadkach łuszczycy (*psoriasis*) po stosowaniu mleka nie widzieliśmy żadnej poprawy ani miejscowego odczynu.

W 2 przypadkach półpaśca (*herpes zoster*) po dwóch injekcjach ustąpiły bóle i zmiany na skórze, a wyleczenie w 2 przypadkach rwy kulszowej, z tych jeden ciężki, trwający od 2 miesięcy.

W 2 przypadkach zapalenia krwotocznego siatkówki (*neuroretinitis haemorrhagica*) w przebiegu marskości nerek osiągnęliśmy przemijającą poprawę wzroku. V pr. przed leczeniem $^4/_{60}$, po leczeniu $^6/_{24}$, Vl. $^1/_{60}$, a po leczeniu $^4/_{60}$ (Dr. Musiał). Podobne wyniki opisuje Heine.

W przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych Heller otrzymał dobre wyniki po wstrzykiwaniach deuteroalbumozy. W naszym jednym przypadku mamy do zanotowania pewien dodatni wpływ na ciepłotę ciała i stan ogólny i przyznać możemy pewne pomocnicze działanie.

W przypadku wrzodu żołądka po wstrzykiwaniach mleka stwierdziliśmy poprawę bolów i zmniejszanie się kwasoty; materjał nasz jednak za mały i nie pozwala jeszcze na wyciąganie pewniejszych wniosków.

W niedokrewnościach wpływ dodatni mleka stwierdzaliśmy niejednokrotnie. W niedokrewnościach złośliwych typu Biermera mieliśmy zawsze dość wybitną, choć przemijającą poprawę. W jednym zwłaszcza przypadku, gdy wszystkie stosowane środki zawiodły a ilość ciałek czerwonych spadła do 600.000, zwiększyły się obrzęki a stan

ogólny budził obawy rychłego zejścia śmiertelnego, nastąpiła już po 1-szej injekcji 2 ctm mleka znaczna poprawa, diureza się wzmogła, ustąpiły obrzęki, poprawiło się łaknienie i stan ogólny, a po 2 następnych injekcjach, co 5 dni stosowanych w dawce 3 ctm, ilość ciałek czerwonych podniosła się do 2·2 milj. Działanie to dodatnie było przemijające, po kilku tygodniach stan się zaczął pogarszać a tym razem nie widzieliśmy już żadnej poprawy przy ponownem stosowaniu mleka.

W zatruciu sublimatem stosowaliśmy z powodzeniem wstrzykiwanie mleka. Wyrobiliśmy sobie następujący schemat postępowania przy zatruciu sublimatem, który potrzebuje jeszcze większego statystycznego poparcia. Po jak najwcześniejszem dokładnem przepłukaniu żołądka wlewamy doń zawiesinę 3 łyżek węgla zwierzęcego w szklance wody z dodatkiem 25 gr siarkanu sodowego i bezpośrednio potem, wstrzykujemy śródmięśniowo 2·5 ctm mleka; wstrzyknięcie powtarzamy co 4 ty dzień. Podobne postępowanie zalecamy i przy zatruciu grzybami.

Najwięcej uwagi poświęciliśmy leczeniu spraw zapalnych stawów tak ostrych, jak i przewlekłych.

W ostrym gośćcu stawowym stosował Edelmann mleko (10 ctm) śródmięśniowo, obok równoczesnego podawania salicylanu sodowego w dawkach 5 gr dziennie; nazywa on ten skombinowany sposób leczenia, leczeniem poronnem, przy którego pomocy otrzymywał szybkie wyleczenie, a co najważniejsze, jak słusznie podnosi, skrócenie przebiegu choroby i rzadsze pojawianie się zapalenia śródsierdzia. Sądzi, że przez wstrzykiwanie mleka sprawa zapalna stawów ulega podrażnieniu a zwiększone przekrwienie stwarza korzystniejsze warunki działania dla kwasu salicylowego. Leczenie ostrego zapalenia stawów wstrzykiwaniami mleka, choć okazuje dodatnie działanie, nie powinno być nigdy samo tylko stosowane. Należy od początku schorzenia zastosować energiczne leczenie swoistemi preparatami salicylowemi a z chwilą poprawy i obniżania się ciepłoty przejść już 2—3 dnia choroby do leczenia mlekiem, nie usuwając a tylko zmniejszając odpowiednio do objawów dawkę salicylu.

W naszych 81 przypadkach ostrego i podostrego gośćca stawowego osiągnęliśmy przy tem skombinowanem leczeniu w 73 zupełne wyleczenie, w 8 zaś podostrych rychły spadek ciepłoty ciała, ustąpienie obrzęków, pozostała tylko mierna bolesność przy ruchach. W ostrych świeżych przypadkach stwierdzaliśmy niejednokrotnie szybkie ustępowanie gorączki a nadto, co podnieść szczególnie musimy, odsetek powikłań ze strony serca wynosił tylko 3%.

W zapaleniu rozsianem stawów na tle posocznicy w 2 przypadkach osiągnęliśmy wyleczenie, jednak po dłuższem trwaniu sprawy chorobowej, a w jednym z nich dopiero po zabiegu operacyjnym.

Z 2 przypadków podostrego rozsianego zapalenia stawów po czerwonce nastąpiło w jednym wyleczenie po kilku wstrzykiwaniach mleka, w drugim po poprawie po zastosowaniu mleka, szybkie wyleczenie nastąpiło dopiero po wstrzyknięciu surowicy (Shiga-Kruse).

Ładne otrzymaliśmy wyniki w przewlekłych gośćcowych zapaleniach stawów. Na 70 przypadków w 34 otrzymaliśmy zupełne wyleczenie, w 32 bardzo znaczną poprawę tak co do bólów, obrzęków, jak i upośledzenia ruchomości, 4 pozostały bez zmiany na lepsze. Dodać musimy, że były to przeważnie przypadki zaniedbane, długo trwające, które okazywały nieraz znaczne zniekształtnienia stawów i upośledzenie ruchomości. Z 4 przypadków opuszczających szpital bez poprawy wszystkie trwały ponad kilka lat a zniekształtnienia i przykurczenia były bardzo znacznego stopnia, a i w tych pewną chwilową poprawę bólów zauważyć można było.

W zapaleniach stawów przewlekłych zniekształtniających (*osteoarthritis chr. deformans*) na 25 przypadków w 2 otrzymaliśmy prawie wyleczenie, w 18 bardzo znaczną nieraz poprawę, w 5 wyników żadnych stwierdzić nie mogliśmy.

Przeważna część przypadków przewlekłych zapaleń stawów była badaną i kontrolowaną promieniami Roentgena. Te nader korzystne wyniki lecznicze w przewlekłych, ciężkich zapaleniach stawów, na które zwracają uwagę liczni autorowie, chcemy tu szczególnie podkreślić. Wśród wstrzykiwań mleka 5—7—10 ctm na dawkę, których ilość dochodziła do 6—8—10, a nawet 12-tu, w odstępach 3—5-dniowych, zauważyć się dawał zwykle objaw lokalny pod postacią zaostrzenia bolów, rzadziej powiększenia obrzęków; po ustaniu reakcyjnej gorączki nastawała korzystna zmiana jak: zmniejszenie bolów, obrzęków, poprawa ruchów i ogólnego stanu. Mieliśmy przypadki od szeregu lat zaniedbane, kaleki nie chodzące ani nie mogące poruszać rękami, które wśród leczenia mlekiem po kilkumiesięcznym pobycie w szpitalu opuszczały go o własnych siłach i bez pomocy laski. Dodać musimy, że we wszystkich tych przypadkach stosowaliśmy cierpliwie wszystkie środki pomocnicze, jak i elektryczną termoterapję, masaż, kąpiele, naświetlanie lampą kwarcową, a nieraz przy dużych obrzękach promienie Roentgena, podawaliśmy wewnętrznie przetwory salicylowe, jod, arsen, czasem gruczoł tarczykowy. Nie uważamy bezwarunkowo leczenia zapomocą wstrzykiwań śródmięśniowych mleka w przypadkach przewlekłych zapaleń stawów za swoiste, które zawsze do celu prowadzi, ale na podstawie dłuższego, bo kilkuletniego doświadczenia, musimy w niem uznać dobry środek pomocniczy, który ułatwia i dzielnie wspomaga działanie innych metod leczniczych. Leczenie chorób stawów jest to najwdzięczniejsze i najefektowniejsze pole leczenia mlekiem i preparatami białkowemi!

W 11 przypadkach rozsianego, podostrego lub przewlekłego zapalenia stawów na tle gruźliczem (Poncet), w jednym osiągnęliśmy wyleczenie, w 5 poprawę, 2 zakończyły się śmiercią, w 3 pozostałych nie zauważyliśmy żadnej poprawy. Wśród tych ostatnich jeden spondyloarthritis typu Marie-Strümpell, okazujący zupełne unieruchomienie i zesztywnienie całego kręgosłupa i kończyn, pozostał bez żadnego wyniku, mimo długiego leczenia mlekiem, później siarką (0·02—0·10 w oliwie pro dosi), która, nieraz wywołując jeszcze wybitniejsze odczyny ogólne i miejscowe, działa jeszcze tam, gdzie na mleko ustrój już nie reaguje — wreszcie mimo leczenia tuberkuliną.

Pewną poprawę, choć przemijającą, osiągnęliśmy w 2 przypadkach bardzo uporczywych zmian w stawach na tle skazy moczowej.

Wreszcie w 16 przypadkach zapaleń stawów ostrych i podostrych na tle gonokokowem otrzymaliśmy wyleczenie zupełne w 8-miu, a w pozostałych 8 bardzo znaczną poprawę, jak ustąpienie obrzęków, bolów zmniejszenie i poprawę ruchomości. Z tych 16 przypadków, w 2 leczenie ograniczało się tylko do wstrzykiwań mleka, w pozostałych zaś wspomagaliśmy to leczenie szczepionką gonokokową. Przyznać musimy na podstawie naszych spostrzeżeń lepsze i szybsze wyniki lecznicze po stosowaniu szczepionki swoistej, niż po mleku.

Przy zestawieniu powyższych wyników leczniczych, które osiągnęliśmy zapomocą śródmięśniowego wstrzykiwania mleka w ciągu ubiegłych lat pięciu, przebija przedewszystkiem ta wielka rozmaitość schorzeń, jaka była przedmiotem naszego leczenia, a ponadto niejednostajność wyników leczniczych. Osiągnięte wyniki nie pozwalają jeszcze na wydanie ostatecznego sądu o wartości tej nowej i modnej metody leczenia. Stosować ją należy ostrożnie i pod tym względem nauczyliśmy się już obecnie zaczynać leczenie od dawek małych mleka nawet 1 2 gramowych, dochodząc do dawek wyższych bez wywołania jakiejkolwiek szkody dla ustroju. Jedynie tylko ciężkie schorzenia serca w okresie znacznej niedomogi mięśnia sercowego, przewlekłe złośliwe zapalenia śródsierdzia, końcowe z niedomogą serca okresy choroby nerek, rozległe rozpadowe postacie gruźlicy płuc — nie nadają się bezwarunkowo do leczenia mlekiem. Bardzo przykre krwioplucie przy gruźlicy płuc opisuje Zimmer, które spostrzegał już po injekcji 1 gr. kaseosanu. Mimo to jednak wcześniejsze okresy gruźlicy płuc nie są przeciwskazaniem do ostrożnego leczenia białkiem, które wymaga dalszego jeszcze krytycznego opracowania.

A i objawy nadwrażliwości, co prawda bardzo rzadkie przy oględnem stosowaniu, wśród rozpoczynania leczenia ma-

łemi dawkami i w niezadługich odstępach czasu, nie mogą nas powstrzymać od dalszego stosowania tej metody leczniczej.

Stoimy dzisiaj dopiero u progu poznania działania powyższego sposobu leczenia i znajdujemy się dopiero w początkach opracowania samej metody. Jest niewątpliwie wielką korzyścią wprowadzenie do ogólnego użytku tak łatwo dostępnego środka leczniczego, który bez ubocznego ujemnego działania łatwo daje się dawkować. Pomimo korzystnych wyników, jakie niejednokrotnie w pewnych powyż wymienionych stanach chorobowych osiągnęliśmy, nie należy dzisiaj naprzód przeceniać tej modnej terapji podnietowej, choć zdaje się mieć ona niewątpliwie widoki dalszego jeszcze rozwoju. Czy tylko ciałom białkowym przypadnie w przyszłości to zadanie lecznicze i czy nie zastąpią ich inne środki, które, jak wiemy z doświadczeń (Starkenstein), podobny wpływ na ustrój mogą wywierać — niedaleka przyszłość okaże. A może kombinacja tej nowej metody z dotychczasowemi środkami leczniczemi, jaka już dzisiaj zaczyna się pojawiać (Yatrencaseina Zimmera tj. kombinacja Kaseiny z jodem), będzie jej dalszem udoskonaleniem. Potrzeba dalszych badań doświadczalnych i dalszych krytycznych spostrzeżeń klinicznych szerokiego grona współpracowników, których wspólnym celem winno być udoskonalenie nowego środka i metodyki jego stosowania, dokładne oznaczanie dawkowania i ścisłe zapodanie wskazań leczniczych. O ostatecznej wartości rozstrzygnie doświadczenie kliniczne, które, w myśl żądań Strümpell'a, potrafi odpowiedzieć na pytanie, czy środek ten zaliczyć do środków leczniczych bezwzględnie koniecznych lub tylko pożytecznych, czy może zbędnych a nawet szkodliwych!

Oceny i sprawozdania.

Centenaire de l'Academie de Médecine (1820—1920) Paris, Masson et Co 1921.

Wytworna książka, w wspaniałej szacie zewnętrznej, drukowana cała na czerpanym papierze, z obfitemi ilustracjami i podobiznami członków Akademji lekarskiej.

Całość składa się z opisu zagajenia i przebiegu uroczystości setnej rocznicy Akademji lekarskiej w Paryżu, długiego szeregu nadesłanych gratulacji i dłuższych przemówień, z których in extenso podane: Vaillard'a — »Rola Akademji w ewolucji higjeny społecznej«, Chauffard'a — »Wiek istnienia Akademji lekarskiej«, E. Welome,-»Szkic historyczny o rozwoju chirurgji w Akademji« i Comus — »Szczepionki w świetle rozwoju Akademji lekarskiej«.

W. Janusz, (Lwów).

Prof. A. Jesionek. **Biologische Vorfragen der experimentellen Tuberculoseforschung vom dermatologischen Standpunkt aus.** Tuberkulose-Bibliothek. Beihefte zur Zeitschrift für Tuberkulose 1922. stronic 44.

Zwięzłość, przejrzystość, jasność stylu nie są zaletami autora. W rozlewnych odmętach słów z trudnością wyławia się rzadkie płotki i kiełbiki ciekawych zresztą koncepcyj piszącego. Autor stawia sobie szereg pytań z zakresu biologji i patogenezy gruźlicy skóry i usiłuje na nie dać odpowiedź. Bieg myśli jest mniejwięcej następujący: Dlaczego laseczniki gruźlicze wywołują raz taką, drugi raz inną postać chorobową na skórze? Lasecznik żyje kosztem skóry. By ją mógł »zjeść«, musi ją rozpuścić. Dzieje się to pod wpływem ektotoksyn. Odróżnić trzeba zmiany alteratywne, jako bezpośredni wyraz chemicznego działania jadu, od reaktywnych, jako odpowiedź broniącego się żywego ustroju.

Rozmaite części tkankołącznowe skóry właściwej okazują w różnym stopniu powinowactwo chemiczne do jadu. Dojrzałe komórki tkanki łącznej oraz włókna nie posiadają żadnej wrodzonej odporności i pierwsze padają ofiarą trawiących własności ektotoksyn. Zostają rozpuszczone. Komórki tkankołącznowe, które w normalnych warunkach zachowują zdolność rozmnażania się, nazywa autor germinatywnemi komórkami tkanki łącznej. Te zostają »częściowo uszkodzone«, ponieważ posiadają pewien stopień »względnej odporności«. Endotoksyny działają na nie, jako bodziec rozrodczy. Wytwarzają one pod wpływem jadu komórki embrjonalne (nabłonkowate), nie są jednak w stanie wytworzyć dojrzałych komórek tkanki łącznej. Komórki embrjonalne nie posiadają żadnej odporności i ulegają pod wpływem ektotoksyn martwicy (rozpływnej lub serowaceniu). W miarę wzrostu odporności wrodzonej lub nabytej względem jadów lasecznika gruźliczego umniejsza się jego szkodliwość. Efekty uszkodzenia są słabsze. W następstwie rozmaitego stopnia wrażliwości na jad, jak również rozmaitego ustosunkowania typów komórek i ich losu powstają rozmaite postacie gruźlicy skórnej. Bądźto skóra zupełnie opiera się zakażeniu gruźl., bądź też np. komórki embrjonalne nie poddają się martwicy (toczeń płaski), albo też jad działa bez ograniczeń (jak wyżej przedstawiono) np. w obrazie zołzów.

* * *

Człowiek posiada ogólną wrażliwość na ektotoksyny gruźlicze. Jednak wskutek współżycia przez długie szeregi pokoleń człowiek zmienił biochemizm prątka gruźl., jak i odwrotnie. Wytworzyło się dziedziczne osłabienie wrażliwości, tj. pewien stopień względnej odporności, różny zależnie od rodzin, ras, narodów, okolic itd. Narody cywilizowane są dlatego bardziej odporne, niż ludy pierwotne. Obok tego bywa nabyta osobnicza ogólna odporność, również rozmaicie silna. Jako trzecia przychodzi jeszcze swoista narządowa odporność skóry, która może być wzmożona lub obniżona (allergja u gruźliczych). Można bowiem przyjąć za pewne, że tkanka łączna skóry zachowuje się wobec ektotoksyn inaczej, niż tkanka łączna innych narządów.

W końcu podnosi autor, że elementem niszczącym w sprawach chorobowych, wywołanych obecnością lasecznika gruźlicy, jest ektotoksyna. A. Tuberculina (Kocha) jest mieszaniną ekto- i endotoksyn, jednak tylko te ostatnie wywołują odczyn Pirqueta. Dlatego też odczyn Pirqueta, allergja, wrażliwość skóry na endotuberkulinę nic nie mówią o wrażliwości jej na ektotoksyny. *Leszczyński* (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 17.

M. Pfaundler. **Co nazywamy konstytucją, zboczeniem konstytucjonalnem i konstytucjonalnem schorzeniem?** P. omawia różne zapatrywania na konstytucję i związane z nią zboczenia, względnie choroby, i podaje przytem własny swój podział, odróżniający schorzenia konstytucjonalne odziedziczone (postępowa mięśniowa dystrofja), nabyte (charłactwo ołowicze) i mięszane (krzywica, zołzy) od konstytucjonalnych zboczeń wrodzonych (krwawiączka), nabytych (anafilaksja, idjosynkrazje) i mięszanych (astenia). Tak jedne jak i drugie powstają na tle zaburzeń w równowadze sił ustrojowych, warunkujących jakość oddziaływania ustroju na szkodliwe bodźce, bądźto zewnętrzne, bądźto powstające w ustroju.

F. Laquer. **Rola wątroby w przemianie materji.** Po omówieniu metod badania czynności wątroby (wycięcie, przetoka Ecka, anastomoza żyły próżnej dolnej z żyłą bramną, doświadczenia nad przeżywającą wątrobą, badanie czynności miazgi wątrobowej) i zaznaczeniu właściwości pracy komórek wątrobowych (energiczne spalanie substancyj bezazotowych i innych, oxydo-redukcja właściwa enzynom w rodzaju aldehyd-mutazy Parnasa) — przechodzi autor do omówienia poszczególnych czynności wspomnianego narządu, jak przemiana glykogenu w cukier, synteza glikogenu z cukru gronowego, przeprowadzanie innych cukrów w glykozę, tworzenie tej ostatniej z kwasu mlekowego i trioz (dwuoksyaceton, glyceroza). Dużo miejsca poświęca tłuszczom. Wspomina o magazynowaniu ich w wątrobie, o utlenianiu kwasów tłuszczowych w miejscu B, tworzenie stąd ketonokwasów ze szczególnem uwzględnieniem kwasu acetooctowego i dalszych jego przemian (rozpad, powstawanie kwasu octowego, utlenienie tegoż na kw. glikolowy, glioksylowy a wreszcie szczawiowy, dekarbonizacja ostatniego z tworzeniem kwasu mrówkowego,

redukcja kwasu octowego na aldehyd octowy, kondenzacja aldolowa i i.) podkreśla możliwość odczynów wstecznych, jak przemiana kwasu acetooctowego w β-oxy-masłowy, utlenienie aldolu na kw. acetooctowy itd.). Białko może być, zdaniem L. przechowywane w komórkach wątrobowych a mobilizacją jego kieruje, podobnie jak uruchamianiem cukru, układ współczulny (dz. adrenaliny). Aminokwasy ulegają tu dezamidacji wprost lub drogą utlenienia (oksyaminokwasy, przechodzące w NH_3 i kw. ketonowe). Odczyny wsteczne tworzą z ketonokwasów napowrót kw. aminowe przez przegrupowanie amonowych soli poprzednio wspomnianych kw. ketonowych. Z cystyny tworzy wątroba taurynę, z argininy mocznik i ornitynę ulegającą dalszym przemianom. Trujące aminy zostają unieszkodliwione drogą utleniania. Białko jest substancją tłuszczorodną oraz źródłem pewnej części węglowodanów, mogących też tworzyć się z gliceryny, tłuszczu i innych ciał (kw. mlekowy). Węglowodany, spalając się, przeciwdziałają tworzeniu się związków ketonowych. Na zakończenie omawia autor zjawisko powstawania mocznika, rolę wątroby w przemianie substancji purynowych oraz proces łączenia różnych ciał z kwasem siarkowym i glukuronowym. Praca oparta jest na dużem piśmiennictwie.

A. Géronne. **Przyczynek do patogenezy niektórych postaci żółtaczki.** Leucyna i tyrozyna występują w moczu w postaci krystalicznej wtedy, jeśli rozpad tkanki wątrobowej jest bardzo szybki, w przeciwnym razie można je wykazać jedynie drogą chemiczną. Badanie ostatnie umożliwia stwierdzenie tych ciał w wielu sprawach chorobowych wątroby, dowodząc tem poważniejszego uszkodzenia jej miąższu. Prócz żółtego zaniku wątroby należą tu żółtaczki w przebiegu drugorzędnej kiły, pewne przypadki kamicy wątrobowej i szereg schorzeń określanych pospolicie mianem żółtaczki nieżytowej, będących jednak następstwem głębszego toksycznego uszkodzenia komórek wątrobowych.

F. Rosenthal i M. v. Falkenhausen. **Przyczynki do chromodiagnostyki czynności wątroby (chromocholoskopja).** Chromocholoskopja jest metodą, dającą nam pojęcie o przepuszczalności komórek wątrobowych dla błękitu metylenowego. Im większe jest uszkodzenie wątroby, tem wcześniej zjawia się błękit podany drogą wstrzyknięcia w wydzielanej żółci, a stąd i w wydobytej zgłębnikiem dwunastnicowym treści. Pomiary autorów stwierdziły go w chorobach wątroby po 15—40 minutach, przy ciężkich zakażeniach po 10—40 a w przypadkach kontrolnych po 55—95 minutach.

I. Müller. **Ze statystyki chorób wątroby w czasie od stycznia 1914 do marca 1922.** Autorka stwierdza w podanym okresie zmniejszenie się liczby przypadków marskości wątroby, wzrost żółtaczek nieżytowych i bardzo znaczne zwiększenie się żółtego zaniku wątroby oraz przypadków żółtaczki po salwarsanie.

F. Poos. **O pośredniem uszkodzeniu ustroju przy naświetlaniu pewnych narządów.** Z doświadczeń na królikach, którym naświetlał przysadkę mózgową, wnosi autor, iż zadziałanie promieni na pewien tylko narząd bez udziału reszty ustroju jest niemożliwe. Działanie promieni Roentgena jest zawsze ogólne, wpływa na ogólną przemianę materji, a stąd pośrednio i na czynności różnych narządów.

C. H. Lasch. **Badania roentgenologiczne nad wpływem atropiny na ruchy żołądka.** Szczegółowe badania roentgenologiczne L. nad wpływem atropiny na czynność motoryczną żołądka wykazały działanie jej hamujące (po przemijającej początkowej hyperperistaltyce), zmniejszenie napięcia (tonus) ścian żołądkowych, przedłużenie czasu wypróżniania oraz usuwanie stanów spastycznych w antrum pylori. Na skurcz samego odźwiernika nie wywiera atropina widocznego wpływu.

H. Brieger i J. Forschbach. **Z patologji erytremji.** Badania Renckiego, Schneidra, Cantleya i Meyera wykazały w erytremji znaczną leukocytozę z równoczesnem wystąpieniem postaci młodych. Rencki, Hirschfeld, i Naegeli stwierdzili obecność myeloblastów, Decastello promyelocytów a Di Gugliemo i myelocytów. Ilość postaci młodocianych była naogół niewielka, wyjąwszy przypadki Wintera, Blumenthala i Beltza, w których krew miała charakter zbliżony do białaczkowej. Co się tyczy innych szczegółów, dotyczących składu krwi erytremicznej, to zwracała zawsze uwagę duża ilość obojętnochłonnych, ciałek eozynochłonnych i tucznych oraz płytek Bizzozera. W narządach wewnętrznych stwierdzono myeloidową metaplazję. Autorzy opisują przypadek erytremji, który po leczeniu promieniami Roentgena zrazu wykazywał zmianę na lepsze, ale potem znów stał się przedmiotem roentgenoterapji z powodu recydywy. Leczenie dało zrazu wynik dodatni. W 4 miesiące po ostatniem naświetleniu nastało jednak gwałtowne pogorszenie. Rozwinęła się białaczka myeloblastyczna, która w krótkim czasie położyła kres życiu chorego. Chorobie towarzyszyła znaczna niedokrewność. Całe schorzenie było następstwem nadmiernej czynności leukoblastycznej, która stłumiła w zupełności wybujałą poprzednio erytropoiezę. Podobne zjawiska widzieli i inni badacze. Rencki opisał przypadek nadmiernego bujania leukoblastycznego po wycięciu śledziony u chorego na polyglobulię, Hirschfeld zaś po naświetleniu śledziony erytremika promieniami Roentgena. W przypadku Schneidra wystąpił białaczkowy obraz krwi po wycięciu śledziony. Jest więc faktem, że, unieczynniając śledzionę, rozbudza się nadmierną czynność szpiku kostnego względnie wywołuje myeloidową przemianę narządów i wywołuje wzmożony wywóz młodych komórek krwi a stąd leukocytozę cytologicznie do białaczkowej zbliżoną. Że erytremja jest następstwem nadczynności szpiku kostnego, jest rzeczą pewną, ale i roli śledziony pominąć tu nie można, znane są bowiem czasowe polycytemje po wycięciach śledziony, autorzy zaś opisują wywołaną w ten sposób erytremję, której towarzyszyła bardzo znaczna leukocytoza i obecność młodych komórek we krwi. Jest więc prawdopodobnem, że, usuwając śledzionę, wywołujemy nadczynność szpiku kostnego przemijającą lub trwałą zależnie od warunków dla rozwoju zastępujących ten narząd organów. Rola układu gruczołów dokrewnych w stwarzaniu korzystnych dla powstania erytremji warunków nie jest dziś jeszcze należycie wyświetlona.

F. Kisch. **Koncentracja białka i zdolność wchłaniania NaCl w surowicy krwi obrzękłych.** Opierając się na hypotezie o obrzękach, wypowiedzianej przez Eppingera, uzależniającej je od nadmiaru białka w sokach tkankowych, wiązania przezeń NaCl, gromadzenia się soli a następowo i wody w ustroju badał K. ilość białka, NaCl i zdolność absorbcji soli kuchennej w surowicy krwi u osób obrzękłych. Nadmiar białka stwierdził przy obrzęku śluzakowym, małą ilość przy nefrozach (i skrobiawicy nerek). Ilość NaCl była zmienna, absorbcja soli kuchennej przez surowicę przeważnie zmniejszona.

H. Sochański (Lwów).

Patologja eksperymentalna i ogólna.

Journal d' Urologie.

T. XII Nr. 3.

Bolognesi. **O przeszczepianiu jąder.** Od czasu, gdy Brown-Séquard w r. 1889 zaczął wstrzykiwać sobie wyciąg jąder baranich — podobno z dobrym skutkiem pod względem stanu ogólnego i czynności płciowych — robione były liczne próby tego rodzaju początkowo na drodze opoterapji, później na drodze przeszczepiania jąder. Lespinasse, Morris Lydston, Lichtenstern, Falcone i inni przeszczepiali jądra młodych osobników, zmarłych skutkiem wypadku, a w wyjątkowych razach — jądra zwierząt (baranów) ludziom, którzy z powodu różnych przyczyn, bądź to anatomicznych, bądź to czynnościowych stracili pociąg płciowy, czy też nigdy go nie odczuwali. Następstwem zabiegu zarówno u młodych, jak i u starych, było zjawienie się pociągu płciowego oraz cech płciowych wtórnych, niekiedy wracała nawet zdolność spółkowania. Poprawę taką jedni spostrzegali krótko — do roku, inni do 3—3½ lat. Równie dobre wyniki otrzymał na drodze doświadczalnej Voronoff: młode barany, trzebione, a następnie operowane powyższą metodą, nie przestawały się rozwijać, stare zaś po zabiegu odmładzały się i odzyskiwały zdolność rozrodczą. Wyjaśnienie tych faktów natrafia na pewne trudności. Większość autorów, wychodząc z założenia, że po przeszczepieniu pierwociny nabłonkowe giną, a pozostają przy życiu śródmiąższowe, przypisuje tym ostatnim dobroczynny wpływ przeszczepiania. W sprzeczności z tem tłu-

maczeniem pozostaje pogląd Retterera, że tylko komórki nabłonkowe kanalików nasiennych posiadają zdolność wydzielania wewnętrznego zarówno w warunkach prawidłowych, jak i po przeszczepieniu. Na zasadzie licznych badań drobnowidowych przyszedł Retterer do wniosku, że cząsteczki jąder, położone w warstwach powierzchownych, pozostają przy życiu po przeszczepieniu. Niektóre komórki nasienne nie przestają się dzielić, tworząc małe jądra i główki plemników, większość zaś zamienia się z czasem w tkankę siatkowatą. W części śródmiąższowej jądra Retterer nigdy nie spostrzegał mitoz i nie uważa jej za zdolną do przerostu. Prace Steinacha i Barnabò potwierdzają do pewnego stopnia ten pogląd. Dla wyświetlenia całokształtu powyższej sprawy Bolognesi przedsięwziął dwie serje doświadczeń. W pierwszej, przeszczepiając zwierzętom bądź to starym, bądź to młodym, trzebionym, jądra zwierząt tego samego gatunku, a wyjątkowo — gatunku innego. Z doświadczeń tych wysnuwa autor następujące wnioski: 1) przeszczepione jądra wgajają się nie zawsze; nawet w przypadkach, przebiegających po zabiegu bez ropienia, spostrzegano niekiedy wydalenie się jądra, przeszczepionego zwierzęciu tego samego gatunku, 2) przeszczepienie zwierzęciu innego gatunku udaje się wyjątkowo, 3) wgojenie się jądra następowało lepiej w jamie brzusznej lub w wyrostku pochwowym jądra, niż w tkance podskórnej lub podpowięziowej, 4) część nasienna jądra ulega szybkiemu przeobrażeniu i wessaniu, a część śródmiąższowa — przerostowi, często z tworzeniem się komórek olbrzymich. W drugiej serji doświadczeń B. stara się rozstrzygnąć sporną sprawę: która część jądra — nabłonkowa czy śródmiąższowa — stanowi pierwiastek czynny, warunkujący wynik dodatni przeszczepiania. W tym celu wycinał zwierzętom przyjądrza i nasieniowody, wywołując tą drogą u niektórych zwierząt zupełny zanik kanalików nasiennych i rozrost tkanki śródmiąższowej. Przeszczepienie takiego jądra nie wywoływało żadnych zmian tak w ogólnym stanie zwierząt, jak i w sferze płciowej. Jądro takie, przeszczepione innemu zwierzęciu, zamienia się wkrótce w kłębek zwykłej tkanki łącznej, znikają w nim komórki śródmiąższowe — jedyny element zróżniczkowany w chwili przeszczepiania. Wynikałoby stąd, że dobroczynny wpływ przeszczepiania jądra zależy od przeniesienia całego gruczołu i głównie — jego części nasiennej. Nasienie nie jest wydzieliną wyłącznie zewnętrzną, wchłania się ono naczyniami chłonnemi i w ten sposób oddziaływa na układ nerwowy. Z drugiej strony, wchłanianie się części jądra przeszczepianego jest bodźcem u osobników starych dla komórek nasiennych o żywotności zmniejszonej. Wycięcie nasieniowodu i przyjądrza, zamieniając jądro w gruczoł zamknięty, powoduje wsysanie się pierwiastków nasiennych i wzmożenia się popędu płciowego. *Br. Szerszyński* (Warszawa).

Anatomja patologiczna.
Virchows Archiv.
T. 232 1921.

K. Bingold. **Zakażenie zgorzelinowe płuc pochodzenia zatorowego.** Laseczniki gazowego obrzęku nie wywołują w płucach charakterystycznych zmian gazowych. Potwierdzają to spostrzeżenia z czasów wojny. Laseczniki te wogóle nie mają znaczenia w powstawaniu zgorzeli płuc. Natomiast na podstawie własnych badań, a także spostrzeżeń innych autorów, przychodzi autor do wniosku, że głównym zarazkiem, prowadzącym do zgorzeli płuc zatorowej, jest beztlenowy łańcuszkowiec. Ma on także poważne znaczenie dla powstawania zwykłej zgorzeli płuc, i to nietylko jako jednej ze zmian w ogólnej posocznicy, ale także zgorzeli, powstałej drogą oskrzeli. W razie istnienia gdziekolwiekbądź posocznicego zapalenia zakrzepowego żyły, wywołanego przez tego łańcuszkowca, można z całą pewnością przyjąć istnienie zatorowych zgorzelinowych ognisk w płucu nawet wówczas, gdy niema ze strony płuc jakichkolwiek objawów klinicznych. Posocznica z beztlenowych łańcuszkowców prawie zawsze kończy się śmiercią, jeżeli dołączą się do niej te ciężkie zatorowe powikłania ze strony płuc w przeciwieństwie do tych przypadków, w których wywołane przez tego łańcuszkowca zmiany ogniskowe usadowione są gdzieindziej, a nie w płucach. W razie jednoczesnej obecności gronkowca beztlenowego w ognisku płucnem należy zmianę zgorzelinową odnieść do łańcuszkowca. Wogóle w wytwarzaniu zatorowych zgorzelinowych procesów w płucach inne beztlenowce i tlenowce nie mają praktycznego znaczenia.

J. Kenneweg. **W sprawie urazowego pęknięcia zastawek serca.** Na wstępie podnosi autor rzadkość urazowego pęknięcia zastawki serca. W r. 1900 zanotowano w piśmiennictwie tylko 4 przypadki w krótki czas po wypadku wykonanych sekcyj ze stwierdzeniem świeżego pęknięcia zresztą zdrowych zastawek. Prócz tego są znane przypadki sekcyj, w których stwierdzono podgojone pęknięcia w przypadkach sekcjonowanych w pewien czas po wypadku. Oczywiście należy tu wykluczyć przerwanie zastawki na tle wrzodziejącego zapalenia wsierdzia. W przypadku autora pęknięcie dotyczyło zastawki tętnicy głównej z wrodzoną wadą, bo tylko z dwiema zastawkami. Pęknięcie nastąpiło wskutek gwałtownego upadku piersiami na dno wozu, a towarzyszył mu gwałtowny ból w piersi, a następnie powoli rozwijające się objawy niedomykalności zastawek tętnicy głównej i niedomogi serca, prowadzącej do śmierci w niespełna 15 miesięcy po doznanym wypadku. Sekcyjnie stwierdzono rozdarcie jednej zastawki, dochodzące do jej podstawy, jednak o brzegach gładkich i zabliźnionych. Pęknięcia podobne są następstwem gwałtownego podniesienia ciśnienia w tętnicy głównej w chwili zamknięcia ujścia tętniczego.

A. Takahashi. **O zapaleniu kiłowem tętnic mózgowych u dzieci (endarteriitis luetica).** Na podstawie piśmiennictwa i własnego przypadku omawia T. zmiany anatomiczne i w krótkości objawy kliniczne pochodzenia kiłowego, spostrzegane u dzieci. W klinicznym obrazie przy kiłowem schorzeniu mózgu u dzieci dadzą się rozróżnić dwa typy. W jednym objawy występują nagle jako napady udarowe z połowiczem lub obustronnem porażeniem, w drugim objawy rozwijają się powoli, występują często wymioty, porażenie połowicze nerwu twarzowego, przechodzące w porażenie obustronne. Są jednak i przypadki mieszane. Anatomicznie stwierdza się w mózgu ogniska rozmiękczynowe, prowadzące nieraz do wprost ogromnych spustoszeń, jak n. p. w przypadku autora, w którym prawa półkula była prawie w zupełności zniszczona a z lewej utrzymany był głównie płat potyliczny, a zatem podobne stosunki, jak u płodów bezmózgich. W innych przypadkach, obok zmian przewlekłych oponowych, stwierdza się stwardniałe ogniska (*sclerosis*) w mózgu. Zmiany te pozostają w związku ze zmianami naczyniowemi i to głównie naczyń na podstawie mózgu, najczęściej w tętnicy Sylwiusza. Drobnowidowo zmiany te, opisywane przez innych, a także przez autora, przypominają zapalenie kiłowe, spotykane w kile nabytej, i prowadzą również do zarośnięcia światła naczynia. Dodać należy, że krętki stwierdzono w błonie zewnętrznej naczyń i w przestrzeniach chłonnych, kołonaczyniowych. W swym przypadku autor ich nie wykazał.

E. Stübler. **Pierwotne ostre wrzodziejące zapalenie tętnicy głównej.** Opis przypadku, dotyczącego 37-letniej kobiety, u której wystąpiło ostre zapalenie migdałków z ogólnemi objawami i grożącem poronieniem. U chorej stwierdzono następnie zapalenie osierdzia. Wśród naogół dość lekkiego przebiegu choroby nastąpiła nagła śmierć. Sekcja wykazała 4 owrzodzenia w części wstępującej tętnicy głównej, z których najniżej położone, tuż nad zastawkami, przebiło do jamy osierdzia i spowodowało śmiertelny wylew krwawy do niego. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że zmiany w ścianie tętnicy głównej są ostrem (ropnem) zapaleniem wrzodziejącem, najprawdopodobniej wywołanem przez dwoinki zapalenia płuc. Zakażenie nastąpiło, zdaniem autora, bezpośrednio drogą krwi, i to najpierw błony wewnętrznej, podobnie jak w zapaleniu wsierdzia. Stwierdzone zmiany przemawiały przeciw zakażeniu drogą naczyń odżywczych. Miejscem pierwotnego zakażenia były najprawdopodobniej migdałki. Autor podnosi niezwykłą rzadkość opisanej przez niego zmiany.

A. Beutler. **Nowotworowe bujanie zawiązków trzustki w ścianie żołądka.** Opis dwóch przypadków. W jednym w części odźwiernikowej guz wielkości małej czereśni, dość oporny, budził podejrzenie na raka. Badanie drobnowidowe wykazało zawiązek trzustki bez wysepek Langerhansa wśród mięśniówki

żołądka. W drugim przypadku obraz był podobny; guz pokryty był przez błonę śluzową a usadowiony również wśród mięśniówki. Drobnowidowo guzki te cechowały się obecnością gniazd komórek i bardzo silnem wybujaniem przewodów, a między niemi obecnością włókien mięsnych oraz brakiem wysepek Langerhansa. Całość miała już cechy bujania nowotworowego, usadowionego wśród mięśniówki żołądka, również przypominającej bujanie nowotworowe. To pojawienie się trzustki dodatkowej uważa autor za zjawisko atawistyczne i tego rodzaju odpryśnięcia o utkaniu narządu nazywa autor, zgodnie z Mathiasem, progonoma. Mogą one być punktem wyjścia bujania rakowego. *W. Nowicki* (Lwów).

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

T. 48 Z. 2. 1921.

A. Frisch. **Białczany we krwi przy gruźlicy.** Badania Moraczewskiego, tyczące się zwiększonej ilości włóknika we krwi gruźliczych, przebrzmiały bez echa — z powodu trudności technicznych. Frisch podjął te badania zarówno w zakresie określania zawartości białka w surowicy krwi, jakoteż i włóknika — metodami nowemi, łatwiejszemi. Wyniki badań wykazują wysokie liczby białka w suchotach rozpadowych i gruźlicy wysiękowej. Ilości włóknika są wielkie przy zapaleniu gruźliczem płuc, przy wysiękach surowiczych i gruźlicy kiszek; mniejsze — przy gruźlicy włóknistej i gruźlicy gruczołów. Stąd wartość tych badań dla rozpoznania i rokowania. Źródłem włóknika mogą być rozpadające się komórki tkanki schorzałej. Ilość włóknika może być probierzem postępu gruźlicy.

E. Szász. **Badania nad partigenami.** Podług S. miana (titry) partygenowe doskórne i ich wahania są równoległe do przebiegu schorzenia; np. miano doskórne w przebiegu gruźlicy włóknistej jest wysokie. Największą wartość rokowniczą przypisuje autor natężeniu miana t. j. odczynu, po partigenie tłuszczowym: niewydolny odczyn na tłuszcz ma oznaczać ustrojową skłonność do gruźlicy. (Cała wielka grupa badaczy odmawia tłuszczowi wogóle możności odgrywania roli wywoływaczy. S. tłuszczom właśnie przypisuje tę zdolność w stopniu szczególnym. Refer.).

H. Kleinschmidt. **Czy istnieją pryszczyki (phlyctaenae) bez zarazka gruźliczego.** Autor przychyla się do poglądów Czerny'ego; obok gruźlicy mogą pryszczyki być wywoływane przez czynniki ustrojowe (endogenes), np. stanowić objaw skazy wysiękowej.

C. Timm. **Odporność i energja promieniująca.** Pod wpływem promieni Roentgena, radu i świetlnych, działających na skórę, zwiększa się odporność (mierzona nasileniem odczynów tuberkulicznych).

W. Loll. **W sprawie rozpoznawania owrzodzeń gruźliczych w kiszkach.** Autor odmawia wszelkiej wartości rozpoznawczej wykazaniu laseczników Kocha w kale. Pochodzą one prawie zawsze z plwocin. Jedynie obecność krwi w kale (próba benzydynowa przy odpowiedniej djecie) daje prawo do rozpoznania owrzodzeń; należy przy tem pamiętać o możliwości wrzodów i raka żołądka lub dwunastnicy. Przy braku krwi objawy kiszkowe mogą zależeć od toksycznego nieżytu kiszek, często zanikowego, lub od starej, przewlekłej gruźlicy kiszek ze zwężeniami, zależnemi od włóknistych zgrubień.

F. Hamburger. **Zakres wydolności odczynu tuberkulinowego.** Odczyn tuberkulinowy ma niezmiernie wielką wartość jako metoda badania naukowego; o wiele mniejszą — jako metoda rozpoznawcza, rokownicza, lecznicza. W rozpoznaniu ma wartość niezaprzeczalną wynik ujemny. W lecznictwie kierować się można dotąd jedynie doświadczeniem klinicznem.

A. Frisch. **Badania nad odpornością przy gruźlicy.** Autor nie znalazł równoległości między obrazami klinicznemi, jak je podają klasyfikacje suchot płucnych podług Barda i Piery'ego, a analizą odporności, mierzonej przy pomocy odczynów skórnych po zastrzykiwaniu partygenów.

Tom 48. Z. 3. 1921.

Sprawozdanie z posiedzenia »Związku lekarzy sanatoryjnych« w Weimarze, w d. 23—25. października r. 19 *S. Sg.*

Choroby kobiece i położnictwo.

Gynaecologie et obstetrique.

T. IV. Z. 3. 1921.

A. Fruhinsholz i J. Parisot. **O anomaljach czynności gruczołu tarczowego w stosunku do ciąży.** Autorzy zaznaczają z góry, że roztrząsanie sprawy anomalij czynności gruczołu tarczowego jest może przedwczesne, jeżeli zważymy że czynności normalne tego gruczołu nie zostały jeszcze dostatecznie wyświetlone. Ponieważ jednak niejednokrotnie fizjologja normalna i fizjologja patologiczna wyjaśniają się wzajemnie, jedna przy pomocy drugiej, autorzy przypuszczają, że przez zgrupowanie spostrzeżeń przez nich zebranych stworzą przyczynek, który rzuci cokolwiek światła na sprawę jeszcze ciemną. Autorzy zaznaczają pozatem, że w pracy swej będą się ściśle trzymać wybranego tematu, t. j. anomalji czynnościowej gruczołu tarczowego i wykluczą ze swej pracy sprawę wola zwykłego, który nie dotyczy czynności gruczołu. Natomiast nie mogą pominąć miejscami patologji gruczołów przytarczycowych, która w patologji ludzkiej jest przecież ściśle związana z patologją gruczołu tarczowego. Część doświadczalnej pracy została opracowana przez J. Parissota zaś część kliniczna — przez A. Fruhinsholza.

W pracy doświadczalnej kierowano się następującym planem:

1) Wpływ ciąży na gruczoł tarczowy w stanie normalnym. 2) Ciąża i hypertyreoidyzm. 3) Ciąża i hypotyreoidyzm. 4) Dziedziczność w sprawach niedostatecznej czynności gruczołu tarczowego.

Gruczoł tarczowy powiększa się u samicy zapłodnionej zupełnie taksamo, jak u kobiety w czasie trwania ciąży. Badania histologiczne wykazują istotę tego powiększenia. Borzytowski, który najwięcej pracował w tej dziedzinie, stwierdził znaczne liczebne zwiększenie się pęcherzyków z silną koloracją elementów komórkowych, obfitość istoty koloidalnej, wypełniającej w znacznie większym stopniu naczynia chłonne, zmniejszenie się tkanki łącznej i przekrwienie gruczołu, t. j. wszelkie cechy charakterystyczne świadczące o wzmożonem wydzielaniu narządu, a conajmniej o jego dużej aktywności. Co się tyczy gruczołów przytarczycowych, tenże Borzytowski stwierdził u kotek kotnych figury karjokinetyczne — dowód hyperplazji, czego nie udało się stwierdzić Civalieri'emu u kobiet ciężarnych. Stwierdzenie jednak samego przerostu tarczycy u ciężarnych nie jest wystarczające. Należałoby stwierdzić przyczynę, mechanizm wewnętrzny tego zjawiska. Z powodu braku odpowiedniego materjału doświadczalnego nie udało się jeszcze odpowiedzieć na to pytanie, poza stwierdzeniem relacji funkcjonalnej pomiędzy tarczycą i jajnikiem. Co się tyczy wpływu ciąży na gruczoł przerośnięty, to kilkakrotnie udało się wywołać poronienie przez kilkakrotne zastrzykiwanie samicy wyciągu z tarczycy. Etienne i Remy doszli pomimo to do przekonania, że organizm matczyny wykazuje najdalej idącą tolerancję na opoterapeutyczne wyciągi z tarczycy. Autor wyprowadza następującą konkluzję: U samicy, znajdującej się w stanie niedomogi gruczołów tarczowych i przytarczowych, wpływ ciąży w zależności od stopnia tej niedomogi może spowodować następujące ewentualności: a) rozwój ciąży, porodu i wytwarzania mleka bez zaburzeń i zmian w stanie zwierzęcia; b) zjawienie się lub zaznaczenie się objawów niedomogi tarczycowej w czasie trwania ciąży lub bezpośrednio po jej zakończeniu (zaburzenia troficzne, wypadanie sierści, apatja, zupełna bezpłodność itp.); c) zjawienie się podczas ciąży, podczas porodu, lub wreszcie w okresie karmienia mniej lub więcej charakterystycznych objawów tężyczkowych mogących wywołać albo śmierć, albo ustających natychmiast po przerwaniu ciąży lub karmienia; d) zjawienie się tychsamych objawów w czasie trwania następnej ciąży pomimo, że nie wystąpiły poprzednio w tych samych warunkach (działanie ciąży następnych); e) powstrzymanie w poszczególnych przypadkach powyższych objawów pod wpływem wstrzykiwań wyciągu z tarczycy.

Co się tyczy dziedziczności tarczycowej, to wyniki poszukiwań doświadczalnych nie są jeszcze dostatecznie wy-

jaśnione. Należy jednak zwrócić uwagę na niektóre dość ciekawe spostrzeżenia:

Traczewski stwierdził istnienie krzywicy u dzieci, pochodzących z matek pozbawionych operacyjnie tarczycy. Lanz zauważył znaczne zmniejszenie się jedynego jaja złożonego przez kurę, której usunięto gruczoł tarczowy, jajko to ważyło zaledwie 50 gr. Tymczasem inna kura której dawano z pożywieniem 10—30 gr. świeżego gruczołu tarczowego niosła się trzy razy więcej, niż inne kury, a jej jaja stale się powiększały, tak, że różnica wynosiła od 10—12 gr. pomiędzy ostatniem i każdem następnem jajkiem. Inni badacze, którzy poszukiwali na tej samej drodze, nie uzyskali żadnych dodatnich wyników. Natomiast Iselin, który eksperymentował na gruczołach przytarczycowych, skonstatował, że potomstwo szczurów pozbawionych przytarczyc są nadmiernie uczulone na działanie prądu galwanicznego i nadwrażliwe na wycięcie gruczołów przytarczycowych. Wynika z tego że dziedziczność wytwarza tutaj pewną predyspozycję do tężyczki.

Wreszcie udało się stwierdzić przechodzenie produktów gruczołów tarczycowych do pokarmu: Jeżeli usunąć tarczycę matce, która karmi (doświadczenie na psach), to matka zachowuje pokarm, ale szczenięta stają się senne jak przy obrzęku śluzowym (Almagia) Z drugiej zaś strony oseski pozbawione gruczołu tarczowego pozostają przy życiu, jeżeli są karmione przez matkę, której tarczyca pracuje bez zarzutu. (Parchon i Golstein, Morel i t. d.).

W części klinicznej Fruhinsholz klasyfikuje patologię gruczołu tarczowego z Levy'm w trzech rubrykach i mówi o hypertyreoidyzmie, o hypotyreoidyzmie i o niestałości czynnościowej tarczycy. Dwa pierwsze rodzaje nie wymagają bliższego określenia, gdyż znajdują wyraz z jednej strony w chorobie Basedowa, z drugiej — w myxoedemacia. Niestałość czynnościowa gruczołu daje symptomatologię bardzo złożoną. Ona też jest kanwą, na której autor rozpatruje anomalje czynności tarczycy w stosunku do ciąży i dochodzi do następujących wniosków, które atoli uważa za prowizoryczne i względne: Prawdopodobne jest, że ciąża wywołuje w warunkach fizjologicznych stan hypertyreoidyzmu kompensacyjnego, który ustala się głównie w drugiej połowie ciąży. Hypertyreoidyzm ten może przekroczyć granice, w których jest ściśle kompensacyjnym, i stać się w ten sposób patologicznym i zamanifestować się w różnych stadjach ciąży. Hypertyreoidyzm patologiczny zjawia się niekiedy dopiero po porodzie, tak jak gdyby był utrzymywany w stanie chwilowej neutralizacji przez istniejącą ciążę.

Stan hypertyreoidyzmu już istniejącego nie sprzyja zazwyczaj zapłodnieniu. Hypertyreoidyzm już istniejący często zmniejsza się z nastaniem ciąży, tak jak gdyby ostatnia przynosiła z sobą elementy zobojętniające. W razach wyjątkowych ciąża może powiększyć hyperthyreoidyzm już istniejący. Większość przypadków tego pogorszenia należy do tych, w których działanie mechaniczne wola pokonało czynność funkcjonalną wyżej wymienionego hypertyreoidyzmu, lub do takich, w których istniało cierpienie serca. Hypotyreoidyzm zdaje się być jeszcze mniej sprzyjającym powstawaniu ciąży niż hypertyreoidyzm. W razach jednak, kiedy przy hypotyreoidyzmie nastąpi ciąża, jej wpływ na cierpienie już istniejące może być różny, a mianowicie: Może wpłynąć polepszająco, o ile hypotyreoidyzm jest lekki i gruczoł tarczowy wykazuje dostateczną zdolność reagowania na bodźce, pochodzące od ciąży. Może wpłynąć pogarszająco, o ile hypotyreoidyzm jest tak daleko posunięty, że gruczoł tarczowy nie jest w stanie dostosować się do zmienionych warunków i wznieść się do wysokości czynnościowej wymaganej. Może wreszcie nie wywrzeć żadnego wpływu. Istnieje pewien wzajemny stosunek pomiędzy tężyczką i ciążą z jednej strony, z drugiej zaś pomiędzy tężyczką i hypoparatyreoidyzmem. Utajona niedomoga czynności gruczołów przytarczycowych może się ujawnić we wszystkich stadjach ciąży i zamanifestować się pod formą tężyczki. O ile ciąża powstanie u osób dotkniętych bądź hyper, bądź hypotyreoidyzmem, rozwija się zazwyczaj normalnie. Jeżeli zachodzą pewne powikłania w ciągu jej trwania, to są one przeważnie z grupy autointoksykacji (białkomocz, obrzęki i t. p.). Znużenie tarczycowe podczas ciąży może przejść w atyreoidyzm po porodzie. Pewne dzieci pochodzące od matek wykazujących głębokie zmiany funkcjonalne gruczołu tarczowego posiadają predyspozycję do zaburzeń gruczołowych, które jednak nie zawsze są homologiczne z zaburzeniami spostrzeganemi u matek. Wyniki poszukiwań klinicznych są na ogół bardziej zadawalające, niż wyniki poszukiwań doświadczalnych głównie w tem, co dotyczy zmniejszenia lub braku zupełnego czynności tarczycy i przytarczyc. Tem niemniej jednak wpływ tych zaburzeń na produkt ciąży ludzkiej jest mniej wyraźny niż w eksperymencie na zwierzętach. Hypertyreoidyzm doświadczalny wniósł jak dotąd bardzo mało światła do dziedziny hypertyreoidyzmu ludzkiego w stosunku do ciąży.

H. Gromadzki (Kraków).

Choroby oczne.

Archives d' Ophtalmologie.
Październik 1921.

Duverger et Barré. **Zaburzenia wzrokowe w chorobie Parkinsona.** Autor przytacza kilka przypadków choroby Parkinsona pierwotnej, lub w następstwie zapalenia mózgu, w których chorzy przedstawiali następujące zaburzenia wzrokowe: 1) opadnięcie niezupełne powieki górnej, zwykle jednostronne, niekiedy obustronne, 2) drżenie mięśnia okrężnego powiek, 3) zaburzenia zbieżności i podwójne widzenie przy patrzeniu z blizka, poza tem ruchomość gałki najczęściej zachowana, niekiedy jednak ograniczenie ruchów gałki ku górze, jak również ruchów bocznych, 4) oddziaływanie źrenic prawidłowe lub też objaw przeciwny objawowi d' Argyll-Robertsona. Dno oka we wszystkich spostrzeganych przypadkach jest prawidłowe. Badanie odczynu błędników wykazuje zmiany zupełnie specjalne i charakterystyczne dla danej choroby. Stałe prawie współistnienie wyżej opisanych zaburzeń wzrokowych i zaburzeń czynności błędników przy chorobie Parkinsona wskazuje na ścisłą łączność między niemi i upoważnia do uważania jakiegoś uszkodzenia pasma tylnego i podłużnego za przyczynę jednych i drugich.

Gabriëlides. **Bóle gałki ocznej i łzawienie podczas ruchów szczęki dolnej.** Chora lat 48 zgłasza się z powodu łzawienia i bólów lewej gałki ocznej i okolicy skroniowo-czołowej, które od dwóch miesięcy występują napadowo przy najlżejszym ruchu szczęki dolnej. Od kilku dni bóle stają się nadzwyczaj silne. Podczas napadu bólów daje się zauważyć lekki obrzęk powieki górnej, jak również zaczerwienienie skóry powieki górnej i okolicy skroniowo-czołowej. Nieznaczne wrzekome opadnięcie powiek wskutek małego stopnia zapadnięcia oka. Wrażliwość skóry twarzy, powiek, oraz spojówek, jak również i błony śluzowej nosa i języka jest prawidłowa. Bardzo dokładne badanie ogólne, a zwłaszcza systemu nerwowego, poza zmianami dnawemi w stawach członków palców kończyny górnej nic nie wykrywa. Badanie krwi ujemne Leczenie — morfina i urotropina.

Po jakimś czasie chora zgłasza się ponownie: bóle, które początkowo ustąpiły, znów powracają, lecz znacznie słabsze. Badanie roentgenologiczne lewego stawu szczęki dolnej wykazuje nieznaczne zniekształcenie brzegu przedniego *processus coronoideus*, przytem należy zaznaczyć, że przy ucisku staw ten pozostaje zupełnie niebolesny, bóle powstają jedynie przy ruchach szczęki dolnej. Autor, biorąc pod uwagę istnienie zmian dnawych w stawach palców, przypuszcza istnienie pewnych zgrubień lub nawet narośli kostnych w stawie szczęki dolnej. Zgrubienia owe drażniąc nerw małżowinowo-skroniowy mogą wywołać napady bólów i łzawienia, odbywa się to zaś drogą następującą: nerw małżowinowo-skroniowy, skroniowo-twarzowy, zwój kolankowy, zwój Meckela, łuk oczodołowo-łzowy i jego rozgałęzienia. Podobne objawy możemy otrzymać przez podrażnienie zwoju Meckela. Ustąpienie bólów autor przypisuje zmniejszeniu się zgrubienia kostnego, drażniącego nerw małżowinowo-skroniowy. Decydującem w tym względzie mogłoby być zdjęcie roentgenowskie, wykonane w okresie silniejszych napadów.

Delord-Nimes. **Niedowidzenie przy zezie.** Autor przytacza 35 przypadków niedowidzenia oka zezującego, gdzie udało mu się osiągnąć znaczny stopień poprawy bystrości

wzroku w sposób następujący: chorzy, zwykle dzieci poniżej lat 10-ciu, mają przepisane okulary tego rodzaju, że oko prawidłowe zapomocą szkła matowego lub wprost kawałka sukna jest całkowicie wykluczone z aktu widzenia obuocznego, oko zaś zezujące jest zaopatrzone w szkło wyrównawcze. Okulary te noszą dzieci stale przez 6 miesięcy, rok, a niekiedy nawet 2 lata. Przez pierwszych parę tygodni do oka prawidłowego zapuszcza się atropinę. Uzyskana w ten sposób poprawa bystrości wzroku jest tem większa, im mniejszy był stopień niedowidzenia pierwotnego; w niektórych przypadkach bystrość wzroku z 1/100 podniosła się do 1/10. Autor twierdzi, że nigdy nie otrzymał poprawy bystrości wzroku jedynie przez zawiązywanie oka prawidłowago na 2 — 3 godzin dziennie.

Van Lint. **Skurcz samoistny powiek, usunięty przez wstrzyknięcie alkoholu w okolicę dolnozewnętrznego oczodołu.** Samoistny skurcz powiek może być z łatwością usunięty przez wstrzyknięcie alkoholu do nerwu twarzowego w okolicy wyrostka rylcowatego. Metoda ta jednak nie jest praktyczna, gdyż powoduje porażenie obu gałązek, tak górnej jak i dolnej, nerwu twarzowego, czego następstwem bywa, między innemi, znaczna niedomykalność powiek. Autor próbował usunąć skurcz powiek przez porażenie jedynie tych gałązek nerwu twarzowego, które unerwiają mięsień okrężny powiek, dokonał zaś tego wstrzykując alkohol (po uprzedniem wstrzyknięciu novocainy) wzdłuż dolno-zewnętrznego brzegu oczodołu. Chorą badał powtórnie w 3 miesiące po zabiegu; skurcz powiek nie powrócił. *Dr. Trószyńska* (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

VII. Posiedzenie naukowe z dnia 15 lutego.

Przewodniczy kol. Walter. Obecnych członków 75.

Na nowych członków towarzystwa wybrano kol. Mieczysława Wiekuchowskiego i kol. Adolfa Kaperę. Następnie przeprowadzono dyskusję nad żądaniem Towarzystwa urzędników, które zwróciło się do Towarzystwa lek. z prośbą o postawienie wniosków w sprawie organizacji porady lekarskiej dla członków tegoż towarzystwa. W rezultacie sprawę tę ujął w swe ręce Krajowy Związek Małop. lek.

1. Następnie przedstawia kol. Eisenberg przypadek **meningitis typhosa.** Dotyczy on chorej 28-letniej w 5-tym miesiącu ciąży. Dur brzuszny stwierdzony odczynem Widala i hodowlą ze krwi minął po czterotygodniowem trwaniu przy dość znacznem nasileniu objawów nerwowych. Po dwóch dniach bezgorączkowych wróciła gorączka, wystąpiły silne bóle głowy, potem sztywność karku, objaw Kerniga, wymioty, zwolnienie tętna, wreszcie wśród drgawek i objawu Cheyne-Stokesa piątego dnia zejście śmiertelne. Płyn mózgo-rdzeniowy, uzyskany przez nakłucie lędźwiowe na kilka godzin przed śmiercią okazywał mierne zmęcenie, ilość krwinek białych przeważnie wielojądrzastych ok. 800 w 1 m^3, ilość białka 2.4‰, odczyny Nonne-Apelta, Pandyego i Weichbrodta dodatnie, ilość cukru zmniejszoną 0.2‰, w osadzie znaczną ilość bakteryj gramoujemnych przeważnie pozakomórkowych, które hodowla określiła jako b. typhi. Jako ciekawy szczegół należy podnieść wybitny rozpad krwinek białych po kilkugodzinnem przechowaniu płynu w pracowni. Wskazuje to na wytwarzanie jadów ciałkobójczych (leukotoksyn) przez las. durowe. Jady takie znane są już u gronkowców (Denys-Van de Velde), beztlenowców obrzęku złośliwego i szelestnicy (Eisenberg), ostatnio zaś były opisane u różnych gatunków (las. błonicze, kiełbasiane, gruźlicze, paciorkowce, pneumokokki, las. okrężnicowe, las. sienne, B. prodigiosum, B. alcaligenes) przez Wardswortha i Hoppego, u paciorkowców przez Tongsa Rozumie się samo przez się, że wytwarzanie takich jadów musi odgrywać poważną rolę w mechanizmie wielu zakażeń — skutki tych jadów widzimy często we wysiękach, zapalnych i ropie w postaci zwyrodnienia i rozpadu krwinek białych.

2) Kol Raczyński wygłosił odczyt **„O odmie sztucznej"** oraz przedstawił używany od dłuższego czasu w szpitalu wojskowym w Rajczy aparat, służący do tego zabiegu — a następnie dokonał na chorym — u którego dawniej już założono odmę sztuczną, powtórnego napełnienia (Odczyt powyższy przeznaczony do druku).

Dyskusję ze względu na spóźnioną porę odłożono do następnego posiedzenia. Sekretarz: *Wysocki.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XVII. Posiedzenie naukowe z dnia 12. maja 1922.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 85.

1) Kol. Sabatowski omawia sprawę otwarcia sezonu w Truskawcu i wyjaśnia, że roboty kotła do ogrzewania wody, komina i łazienek są na ukończeniu. W dyskusji przemawiali kol. Rencki i Franke.

2) Kol. Schramm przedstawia:

a) dwa **rentgenogramy,** pierwszy jako dowód, że obraz rentgenograficzny **po złamaniach kości** nie zawsze odpowiada obrazowi klinicznemu i mógłby czasem służyć za podstawę do nieusprawiedliwionych skarg chorego U przedstawionego dziecka badanie kliniczne nie wykazuje ani skrócenia ani wyczuwalnego zgrubienia a zgrubienie i pozorne duże przesunięcie odłamków na fotografji pochodzi od małego skręcenia się odłamków podłużnie złamanej kości. Należyte tłumaczenie takiego obrazu wymaga dość wielkiej wprawy w odczytywaniu rentgenogramów. Druga fotografia przedstawia typowy przypadek **złamania kości trzeciej śródstopia,** powstałego u chłopca 17 letniego bez zadziałania większego urazu, tylko po nieco dłuższem chodzeniu. Przypadek ten uważać można jako dalszy dowód, że przypisywanie podobnych objawów zmianom zapalnym w kości na tle nieznanej dyskrazji, jak to utrzymywał Deutschländer, nie jest słuszne;

b) chorego, u którego prawie przed dwoma laty wykonał **sfałdowanie żołądka** (*gastroplicatio*) **z powodu bardzo znacznej rozstrzeni i opadnięcia żołądka.** Przez półtora roku chory miał się całkiem dobrze, potem dawne dolegliwości powróciły w tym samym stopniu.

Powtórna laparotomia wykazała, że żołądek rozciągnął się na nowo, nie było prawie śladu po poprzedniem sfałdowaniu jego ścian. Wykonano ponowne sfałdowanie żołądka a nadto przytwierdzono żołądek w prawidłowem położeniu przez przyszycie więzadła okrągłego i przytwierdzenie ściany żołądka do przedniej ściany brzucha. Wynik zabiegu pod względem czynnościowym nie był dobry, dolegliwości pozostały te same, jak przed operacją, a badanie promieniami Roentgena wykazało prawie całkowite zaleganie pokarmów, także przez odźwiernik prawie nic nie przechodziło. Na usilne żądanie chorego przystąpiono do trzeciej laparotomji, porozdzielano częściowo bardzo silne zrosty żołądka z ścianą brzuszną i wykonano tylną gastroenterostomję. Wynik zabiegu zupełnie zadawalający, dane dolegliwości ustąpiły, a badanie promieniami X wykazuje, że żołądek wypróżnia się dość szybko i dokładnie przez założoną przetokę. Przypadek ten stwierdza zatem niesłuszność zapatrywania, jakoby drożność odźwiernika była przeciwwskazaniem do wykonania gastroenterostomji.

c) **siedm preparatów żołądka, uzyskanych po operacji.** Pierwszy z nich, przypadek bardzo rzadki, operowany z rozpoznaniem klinicznem daleko posuniętego raka żołądka. Po wycięciu nowotworu, mocno pozrastanego, zwłaszcza z krezką poprzecznicy, znaleziono w żołądku dwa nowotwory od siebie niezależne, brodawczak wielkości małej pięści o cechach drobnowidowych nowotworu dobrotliwego i obok niego guz rozpadający się, wielkości małego jabłka, który już przebił tylną ścianę żołądka. Przypadek skończył się niepomyślnie z powodu obumarcia części poprzecznicy.

Sześć pozostałych preparatów przedstawia trzy nowotwory rakowe i trzy rozległe wrzody modzelowate, dwa na krzywiźnie małej, jeden w odźwierniku, tak daleko posunięte, że zachodziła konieczność wycięcia więcej, niż połowy żołądka. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Mowca zwraca uwagę na przypadki, w których rozpoznanie między nowotworem złośliwym a wrzodem modzelowatym przed operacją, a nawet i podczas operacji, jest wątpliwe i dlatego przy modzelowatych wrzodach jest zwolennikiem wycięcia wrzodu. Według doświadczenia z ostatnich przypadków przemawia za wycięciem poprzecznem, polecane wycięcia klinowate lub schodkowate mają wiele stron ujemnych.

Wreszcie zwraca się do kolegów, zajmujących się chorobami wewnętrznemi, z prośbą, aby nakłaniali chorych do poddawania się wcześniej zabiegowi operacyjnemu, nie czekając latami na skutek różnych metod leczenia wewnętrznego. Jeżeli racjonalnie prowadzone leczenie wewnętrzne nie odniesie skutku w ciągu kilku miesięcy lub jeżeli objawy chorobowe powtarzają się w krótkich odstępach czasu, należy zawezwać pomocy chirurga. Zabieg operacyjny, wykonany we wczesnym okresie, przy względnie dobrych siłach chorego, nie przedstawia przy obecnej technice operacyjnej większego niebezpieczeństwa, niż powikłania, na jakie chory z wrzodem w żołądku jest ciągle narażony. Operacja jak najwcześniejsza jest bezwarunkowo wskazana. (A. r).

W dyskusji kol. Rencki podnosi dobre wyniki przy djetetycznem leczeniu Sippiego i omawia wskazanie do zabiegu chirurgicznego przy wrzodzie drążącym. Kol. Pisek poleca leczenie zachowawcze, gdyż tylko około 10% wrzodów wymaga zabiegów chirurgicznych.

3) Kol. Aleksiewicz Józef wygłasza odczyt o **powikłanych złamaniach uda,** objaśniając zakładanie gwoździa sposobem Steinmanna, ustawienie się obu złamanych końców kości do siebie i wyniki zrostów licznemi rentgenogramami i dużą własną statystyką (Ukaże się drukiem).

W dyskusji kol. Selzer Jakób przemawia w obronie klamry Schmerza. Kol. Schramm podnosi bardzo dobre wyniki przy wyciągu gwoździowym; zaznacza że i klamra oddaje dobre wyniki, mimo, że przy nieściśniętych mocno ramionach wysuwa się często. Dobre usługi i węższy kanał kostny daje silnie napięty, cienki jak struna „D" drut stalowy. Kol. Ostrowski opisuje przerzut ropienia z odległości do kanału kostnego z gwoździa Steinmanna. Drut daje mniejsze niebezpieczeństwo w tych przypadkach.

4) **Dyskusja nad kamicą żółciową.** Kol. Pisek w spra

wie badania zwraca uwagę na wielką doniosłość oklepywania. Sposób wydoskonalony przez Jaworskiego mało jest w użyciu. Na podstawie prowadzonych latami zestawień stwierdza, że przynajmniej w 75% daje się sposobem tym ustalić rozpoznanie z całą ścisłością. W przypadkach trudnych zaleca badanie w ciepłej kąpieli; przypomina wreszcie badanie uderzeniem końcami palców. Pamiętać należy, że zazwyczaj nie rozpoznajemy kamienia, lecz tylko zapalenie pęcherzyka, względnie dróg żółciowych. Stąd wynika usprawiedliwienie podziału kamicy na prawidłową i nieprawidłową. Nieprawidłową dzieli mowca na 4. grupy (1. całkowite zamknięcie przewodów ew. z marskością wątroby; 2. przypadki z owrzodzeniami i przetokami; 3. przypadki z cechą ciężkich zakażeń, z gorączką ciągłą, rzadziej przepuszczającą; 4. niedrożności jelita z kamicy żółciowej). Podział ten ma znaczenie praktyczne w kierunku wskazań leczniczych. Pomocniczem przy kamicy bywa czasami stwierdzenie przeczulicy skórnej na ból (Mackenzie) wielkości dłoni na łuku żebrowym prawym w linji sutkowej. W rozpoznaniu różniczkowem między kamicą a zapaleniem wyrostka robaczkowego na korzyść kamicy przemawia płeć żeńska przypadku. Prawie niemożliwą rzeczą jest rozróżnienie zlepionej z otoczeniem sieci, gruźliczo naciekłej, na kształt kiełbasowatego guza, w okolicy pęcherzyka żółciowego. Pamiętać też trzeba o objawach występujących przy skręcie sieci, przypominających napad kamicy. W sprawie leczenia kamicy zajmuje mowca stanowisko zdecydowane. Zastrzega się przeciw poglądowi, podobnie jak przy leczeniu wrzodu żołądka, jakoby leczenie chirurgiczne miało być dopiero wtedy stosowane, gdy chory wyniszczony „nie ma nic do stracenia"; wtedy i zabieg chirurgiczny chorego nie uratuje. Wbrew prelegentowi mówca jest zdania, że kamica nie powikłana jest przedmiotem leczenia wewnętrznego, które sprowadza kamicę do stanu utajenia. Niezapominajmy, że kamica najczęściej jest chorobą watrobową i nie można jej na równi stawiać z zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Własna statystyka za 30 lat praktyki, oparta na 1000 przypadków wykazuje, tylko 3% śmiertelności, które należą do obrazu kamicy, powikłanej nieprawidłowej, przeważnie z grupy II i III. Przypadki nawet długotrwałego zapalenia dróg żółciowych, w przeważającej większości kończą się pomyślnie. Przypadki z częstymi nawrotami, z ropieniem, w ogóle z grupy II. i III. wymagają leczenia chirurgicznego. Nieraz skłania lekarza do operacji wskazanie społeczne. (A. r.).

Kol. Schramm zaznacza, że kamicę, równie jak wrzód żołądka, należy wcześnie posyłać do chirurga. Jurasz w Frankfurcie wykonał około 800 wycięć woreczka żółciowego. Liczby tej nie osiągnie zapewne w Poznaniu, gdyż lekarze i publiczność nie są jeszcze u nas dostatecznie uświadomieni.

Kol. Feis zaznacza, że kępki żółte, *xantelasmata*, w wewnętrznych kątach ócz wcale nie tak często łączą się z kamicą. Częste, ale szczupłe posiłki, są najlepszym lekiem żółciopędnym. Za Aldorem i Rosenheimem poleca obok picia wód i ścisłej płynnej dyety, 4-tygodniowe leżenie w łóżku ze stosowaniem gorących okładów borowinowych. Leczenie zachowacze kamicy popiera spostrzeżenie, że nawet najgwałtowniejsze napady kolki żółciowej z dreszczami i żółtaczką kończą się rychło pomyślnie; zgorzelinowe przebicie woreczka żółciowego, ogólne zapalenie otrzewnej lub ropnie otorbione, będące niemal zwyczajnem następstwem w zapaleniu wyrostka robaczkowego, są tu tylko rzadkością. Operacje na woreczku żółciowym są technicznie o wiele trudniejsze, a w dodatku wyniki ich nie są tak pomyślne, jak wycięcie wyrostka robaczkowego. Nawet wybitni chirurdzy, jak Kocher i inni, zapadłszy na kamicę, leczyli się zachowawczo w Karlsbadzie. Przyznać należy, że cierpiący na kamicę żółciową zapadają później często na cierpienia żołądkowe, jakoto na zwężenie odźwiernika, wrzód trawienny żołądka i t. p. (A. r.).

Kol. Chomicki — zestawia wyniki operacji dróg żółciowych w klinice chirurgicznej. W ostatnich czasach operowano 9 wypadków z powodu kamicy i 3 z powodu raka; i to raz raka woreczka żółciowego i raz brodawki Vatera. Z chorych operowanych z powodu kamicy — wszyscy opuścili klinikę uleczeni. Z operowanych z powodu raka dwoje zmarło po operacji. Odnośnie do rozpoznań przedoperacyjnych, zaznacza, że w klinice wszystkie przypadki kamicy były przed zabiegiem trafnie rozpoznane. Jedynie przypadek na *papilla Vateri* rozpoznano dopiero po śmierci. (A. r.) *Kmietowicz*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 7 marca 1922 r.

Obecnych członków 26.

1. Kol. Rozenfeld-Rożkowski przedstawił 14-letnią dziewczynę z rozpoznaniem **dystrophia musculorum progressiva** typu rzekomo - przerostowego Pierwsze objawy utrudnienia chodu przed 8 laty. Niezwykła grubość łydek przy szczupłej budowie ogólnej zwracała zawsze uwagę rodziny. W roku zeszłym łydki zaczęły chudnąć. Obecnie zanik mięśni łydek oraz mięśni obu przedramion i dłoni. Brak odruchów, zaburzeń czucia i porażeń. Chód utrudniony. Podnoszenie przedmiotów z ziemi i wyprostowanie tułowia — charakterystyczne dla zaników typu rzekomoprzerostowego. R. wyłącza zapalenie wielonerwowe, chorobę Heyne-Medina oraz zanik postępowy rdzeniowy.

2. Kol. Łokczewski odczytał referat „**Nowsze spostrzeżenia nad nadwrażliwością**"; na wstępie omówił zwięźle teorje nadwrażliwości, dawną i nowszą autorów francuskich, referując następnie szczegółowo sześć spostrzeżeń klinicznych z piśmiennictwa francuskiego (Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris NN 20, 23, 24 i 26 r. 1921).

W dyskusji przemawiali koledzy: Stawnicki, Batawia, Stefan Kon, Szaniawski, Koniecpolski, Kahi, Okuszko, Rozenfeld-Rożkowski i referent. Kol. Batawia zna przypadki dychawicy po spożyciu kartofli oraz zależne od obcowania z kotem; zapalenie ucha średniego u dzieci powstać może również na tle nadwrażliwości. Kol Koniecpolski opisuje przypadek nadwrażliwości po proszku Dowera. Zdaniem kol. St. Kona należy odróżniać pojęcia anafilaksji i idiosynkrazji.

Kol. Rozenfeld-Rożkowski z obecnego stanu nauki o nadwrażliwości wysnuwa wnioski praktyczne, zachęca do określania w odpowiednich przypadkach rodzaju uczulenia za pomocą swoistych odczynów skórnych. Technika jest tu dostępna dla każdego lekarza, trudność polega na konieczności stosowania dużej ilości antygenów.

Referent zaznacza identyczny mechanizm powstawania różnych objawów nadwrażliwości; wyróżnienie stanów anafilaksji i idiosynkrazji przy obecnym stanie wiadomości uważa za rzecz trudną.

3. Kol. Wacław Kon wygłosił referat: „**O leczeniu przymiotu bizmutem**" — streszczenie pracy R. Sazerac'a i C. Levaditi'ego: „Etude de l'action thérapeutique du bismuth sur la syphilis" w zeszycie 1-ym Annales de l'Institut Pasteur 1922.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 kwietnia 1922 r.

Obecnych członków 23.

1. Magister E. Nowak uczcił przemówieniem zmarłego dn. 19 marca Dra chemji Zygmunta Monikowskiego, członka Tow. lekarskiego. Pamięć Jego uczczono przez powstanie.

2. Kol. Batawia wygłosił odczyt: „**Oczopląs w otiatrji**" z pokazem własnorecznie wykonanych rysunków schematycznych. Wspomniawszy na wstępie o położeniu jąder n. przedsionkowego i ich połączeniu z jądrami nerwów odsiebnego oka i okoruchowego, omówił dalszy przebieg włókien nerwowych, wychodzących z jądra Deytersa przedewszystkiem ku górze, do kory mózgowej, z drugiej zaś strony ku dołowi aż do rdzenia lędźwiowego. W ten sposób powstają 2 łuki odruchowe: górny — od narządu przedsionkowego do gałek ocznych; drugi — od tegoż narządu do kończyn górnych i dolnych. Pierwszy łuk powoduje oczopląs, drugi, tak zw. objaw omijania. Po opisaniu oczopląsu przy utrwaleniu i ustaleniu wzroku, przeszedł mowca do omawiania oczopląsu usznego, zastanawiając się nad mechanizmem tego objawu i nad warunkami, w jakich oczopląs ten powstaje. Omówił oczopląs przy obracaniu chorego około jego własnej osi, oczopląs cieplny, tak zw. próbę przetokową i oczopląs elektryczny. Po omówieniu towarzyszących oczopląsowi objawów ubocznych mowca zastanowił się nad kierunkiem padania przy zajęciu błędnika i objaśnił, w jaki sposób kierunek padania pozwala odróżnić chorobę móżdżku. Na końcu omówił mowca znaczenie badania błędnika w neuropatologji (autoreferat).

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 5 kwietnia w celu uczczenia 25-lecia działalności lekarskiej kol. L. Batawji.

Przemawiali kol. Rozenfeld-Rożkowski, Wrześniowski, E. Kohn i mag Nowak. Po tych przemówieniach został odczytany i wręczony Jubilatowi pamiątkowy adres. Złożoną do Jego dyspozycji sumę mk 41.000 powiększył Jubilat o 10.000, i przeznaczył na rzecz stypendjum imienia Dra Biegańskiego.

Posiedzenie z dnia 11 kwietnia 1922.

Obecnych członków 23.

Posiedzenie poświęcone opracowaniu nowego statutu towarzystwa. Sekretarz *Łokczewski*.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 stycznia 1922 r.

Obecnych 21 członków oraz 14 gości. Przewodniczący kol. Modrzewski dzieli się smutną wiadomością o śmierci honorowego członka Towarzystwa ś. p. Dr. Lasockiego i proponuje, aby zebrane przez kol. Jaworowskiego 25.100 mk. ku uczczeniu pamięci i zasług zmarłego zamiast kwiatów na trumnę przesłać siostrze nieboszczyka wdowie p. Steckiej do Jej uznania. Propozycję kol. prezesa przyjęto.

1. Kol. Kożuchowski wygłosił odczyt na temat: „**Przyczynek do leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego**". Autoreferat nie dołączony. W dyskusji zabierali głos: kol. Modrzewski, Cynberg, Dziemski, Czerwiński, Cywiński, Voit, Arnsztajn, Sitkowski, Chromiński, Tenenbaum, Garbaczewski.

2 Na wniosek Dr. Krysińskiego uchwalono **zorganizować szereg odczytów z dziedziny higieny**, powierzając komisji odczytowej wykonanie powyższej sprawy.

Nadto załatwiono dwie sprawy charakteru administracyjnego.

Warszawskie Towarzystwo ginekologiczne.

Posiedzenie naukowe z dnia 9 marca 1922.

Przewodniczący Z. Monsiorski, potem A. Czyżewicz.

Obecnych członków 61, gości 9.

1. Kol. Czyżewicz wraz z asystentami oprowadził obecnych po klinice, która po gruntownem przerobieniu byłego insty-

tutu położniczego po raz pierwszy została wyznaczona na miejsce posiedzenia T-wa.

2. Kol. **Czyżewicz** zdał sprawę z kilku przypadków **raka macicy, leczonych różnemi metodami**. W jednym z nich z powodu raka części pochwowej i przedniej ściany pochwy, który wystąpił pod postacią owrzodzeń, przypominających owrzodzenia gruźlicze lub kilaki, wykonana została operacja Wertheima doszczętnego usunięcia macicy wraz z połową pochwy. Chora wypisała się w trzy tygodnie po zabiegu w stanie zupełnie dobrym i bez widocznych śladów nawrotu choroby, co rzecz oczywista nie przesądza jeszcze sprawy doszczętnego jej wyleczenia. Dalsze spostrzeganie chorej w ciągu conajmniej lat pięciu wykaże, czy wynik operacji będzie trwały.

Drugi przypadek, jak i pozostałe, dotyczył raka części szyjowej macicy, który narazie zakwalifikowany, jako nienadający się do operacji, po wyskrobaniu przedstawiał się klinicznie jako operacyjny. Nadmienić należy, że oględziny pęcherza nie wykazały żadnych zmian na jego błonie śluzowej. Podczas operacji, na którą się zdecydowano, natrafiono jednak na rozległe zmiany nowotworowe w okolicy jednego z moczowodów, które w razie kontynuowania operacji zmusiłyby do wycięcia części moczowodu i części trójkąta Lieutauda pęcherza. Ze względu na stan chorej zaniechano tego ciężkiego zabiegu a korzystając z otwartej jamy brzusznej, podwiązano tylko obie tętnice podbrzuszne (sposób podany przez Amerykanina Prayera). Wskutek przerwania dopływu krwi do macicy przez tętnice maciczne górna część pochwy i część pochwowa były bezpośrednio po operacji zupełnie białe, t. j. w stanie zupełnej bezkrwistości. Natomiast już czwartego dnia po operacji części te nabrały zupełnie normalnego zabarwienia wskutek wytworzenia się w macicy krążenia pobocznego. Chora wypisała się z kliniki w trzy tygodnie po zabiegu. Stan jej ogólny poprawił się, krwawienia i upławy narazie ustały.

W pozostałych przypadkach stosowano radioterapję dzięki kol. **Więckowskiemu**, który Klinice udzielił swych preparatów radu. W jednym przypadku po zastosowaniu radu (140 mg. do krateru w szyji macicznej) w ciągu 24-ch godzin osiągnięto jedynie ustanie krwawień, które od listopada jeszcze się nie pokazały. Natomiast stan nowotworu pozostał bez zmiany, a bóle nawet cokolwiek się powiększyły. Powodem takiego stanu rzeczy jest prawdopodobnie niedostateczna ilość energji promiennej, udzielonej nowotworowi przez dostateczną wprawdzie ilość samego radu w za krótkim jednak czasie.

Po tej nieudanej próbie nie bez pewnego ryzyka postanowiono zakładać rad na 48 godzin bez przerwy, to też następne przypadki były leczone w ten sposób, że zakładano do krateru po wyskrobanych i przypalonych wyroślach nowotworowych 140 mg. radu w podwójnych filtrach (1 mm. mosiądzu i 0.5 mm. złota) na 48 godzin bez przerwy. W jednym przypadku wynik był zupełnie nieoczekiwany i poprostu zdumiewający. Chora, u której przed leczeniem stwierdzono daleko idące nacieczenia nowotworowe w obu przymaciczach i w obu więzach krzyżowo-macicznych, z nieruchomą macicą wyszła z kliniki w 4 tygodnie po naświetlaniu ze znacznemi jeszcze zmianami zarówno w przymaciczach i w więzach krzyżowo-macicznych, a w 8 tygodni po naświetlaniu przyszła się pokazać w stanie znacznej poprawy zarówno ogólnej, jak i miejscowej. Badanie wykazało zupełnie ruchomą macicę oraz absolutny brak nacieczeń zarówno w przymaciczach, jak i w więzach krzyżowo-macicznych. Wynik okazał się wprost niezwykłym, nie uprawnia jednak do zbytniego optymizmu, gdyż dopiero po upływie 5 lat można będzie z przypadku tego wyciągać należyte wnioski co do wyleczenia zupełnego. W innym przypadku, traktowanym zupełnie tak samo, jak powyższy, efekt jest gorszy — nacieczenia nie ustępują, ustały jedynie krwawienia i upławy. Ostatnia chora zgłosiła się w dniu posiedzenia do kliniki i została zademonstrowana.

W przypadkach, leczonych radem, była szczegółowo badana krew chorych przed założeniem radu, bezpośrednio po naświetlaniu i w 4—5 tygodni po naświetlaniu. Zmiany w krwi były we wszystkich przypadkach jednakowe, a przeobrażenia, jakie w niej występowały pod wpływem promieni radu, zasługują na uwagę. Pozwalają one postawić hypotezę, że wpływ leczenia odbija się przedewszystkiem na obrazie krwi a jad rakowy działa podobnie, jak toksyny drobnoustrojowe, wywołując leukocytozę z przesunięciem obrazu Arnetha na lewo. Mówca wyraził ubolewanie nad tem, że na razie nie można będzie kontynuować rozpoczętych ciekawych badań nad tą sprawą ponieważ kol. **Więckowski** nie może w dalszym ciągu udzielać swych preparatów klinice, a oszczędności przedsięwzięte przez skarb Państwa wykluczają na razie przynajmniej możność posiadania na własność kliniki ilości radu potrzebnej do skutecznego jego stosowania w ginekologji.

Dyskusję nad referatem odłożono do następnego posiedzenia ze względu na aktualność i rzeczowość tematu.

3. Kol. H. **Altkaufer** przedstawił chorą, młodą 18-to letnią pannę z **olbrzymim przerostem obu sutek**, które pod postacią dużych guzów zwisa ją prawie do kolan chorej. Badanie kliniczne pozwala przypuszczać, że mamy tu do czynienia ze zwyczajnym przerostem, ponieważ chora nie wykazuje nigdzie zwyrodnienia słoniowatego. Leczenie będzie polegało na odcięciu obu sutek, które będą następnie poddane badaniu histologicznemu. Wyniki badania A. przedstawi na posiedzeniu następnem.

Kol. **Czyżewicz** przedstawił przypadek bardzo **wczesnej ciąży jajowodowej operowanej**. Przypadek zasługuje na uwagę z tego powodu, że pozwolił usunąć drogą operacyjną trąbkę ciężarną, w której znajdowało się jaje maximum siedemnastodniowe. Klinicznie rozpoznano krwistek pozamaciczny oraz ciążę pozamaciczną. Przy operacji usunięto krwistek, oraz pęknięty guz jednego jajnika, który robił wrażenie, że on to był siedliskiem ciąży. Wobec tego, że trąbka drugostronna była cokolwiek zgrubiała w swej części przymacicznej oraz posiadała zlekka sine zabarwienie, usunięto ją również. Badanie histologiczne nie wykryło w guzie jajnika żadnych elementów ciąży, natomiast wykryło je w skrzepie krwi w usuniętym jajowodzie pod postacią kosmków, nie zawierających jeszcze naczyń oraz wypustek kośmówki z tkanką embrjonalną wewnątrz.

Kol. W. **Jakowicki** przedstawił **macicę wraz z olbrzymim włókniakiem** międzyblaszkowym, usuniętą na drodze operacyjnej. Przypadek ten zasługuje na uwagę z dwóch względów. Przedewszystkiem dlatego, że klinicznie robił wrażenie torbieli dwukomorowej jajnika i symulował torbiel nawet podczas operacji i dopiero po przecięciu guz okazał się guzem solidnym; po drugie dlatego, że badanie histologiczne wykazało w nim zwyrodnienie szkliste, zdarzające się nader rzadko we włókniakach.

6. Kol. H. **Gromadzki** przedstawił preparat **macicy pękniętej podczas ciąży w VIII miesiącu** oraz jaja płodowego w całości, które po pęknięciu macicy wystąpiło z niej do wolnej jamy brzusznej i podczas operacji zostało wydobyte z prawego podżebrza, z pod samej wątroby. Chora wyzdrowiała. Badanie histologiczne ściany macicy z różnych miejsc okolicy pęknięcia wykazało wszędzie stosunki normalne. Przyczep łożyska znajdował się na ścianie przeciwległej tej, która pękła, chora stanowczo twierdziła, że nie uległa żadnemu urazowi i że nikt jej nie badał przed przybyciem do kliniki. Wobec powyższego mówca przypuszcza, że pęknięcie powstało wskutek usposobienia wywołanego tem, że dana ciąża nastąpiła szybko po odbytym porodzie, bowiem chora zaszła w trzy miesiące po urodzeniu ostatniego dziecka.

7. Kol. M. **Tomaszewska** przedstawiła chorą, u której wykonano po **raz trzeci cięcie cesarskie** z powodu zniekształcenia miednicy wywołanego potwornością wrodzoną na tle zboczenia wzrostu chrząstek wszystkich kończyn (*Micromelus*). Dziecko wydobyte jest zupełnie normalne.

8. Kol. Z. **Monsiorski** wygłosił rzecz p. t. **O zarośnięciach macicy**. W referacie swym, w którym mówca podał spostrzegane przez siebie 4 przypadki zarośnięcia kanału szyji macicznej, M. omówił szczegółowo przyczyny wywołujące powyższą nieprawidłowość oraz sposoby jej leczenia. Rzecz ta będzie ogłoszona drukiem w „Ginekologji Polskiej", która wkrótce wychodzić zacznie w Warszawie jako organ własny warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego pod redakcją Kol. L. **Lorentowicza**.

W dyskusji nad referatem zabierali głos Kol. **Lorentowicz, Antecki, Chodakowski, Wertenstein, Fiedorowicz** i **Endelman**.

Związek lekarzy dentystów lwowskich.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych z roku 1921.

Ruch naukowy w roku ubiegłym był dość ożywiony. Posiedzenia odbywały się dwa razy w miesiącu z wyjątkiem wakacji uniwersyteckich oraz pierwszego ćwierćrocza, w którym większa część kolegów pozostawała w służbie wojskowej.

Na posiedzeniach naukowych wygłoszono 7 referatów i odbyło się 9 pokazów.

Podajemy w zastawieniu chronologicznem posiedzenia naukowe:

Posiedzenie z dnia 21 kwietnia. Prof. **Cieszyński**: a) Uproszczony sposób wykonania zatykadeł podniebiennych (ukaże się w druku w Przeglądzie dent.).

b) Omijanie częstego wyjaławiania strzykawek injekcyjnych — sposobem Kantorowicza. (pokaz).

Dr. **Meschel**: Pokaz zmodyfikowanej kanuli injekcyjnej do strzykawki Freiensteina.

Dr **Szafran**: Przemieszczenie kła dolnego.

Posiedzenie z dnia 21 maja. Dr. **Meschel**: Referat pracy Hauera o leczeniu zębów i korzeni.

Dr. **Szafran**: *Necrosis mandibulae posttraumatica et myelitis mandibulae* (pokaz).

Posiedzenie z dnia 18 czerwca. Prof. **Cieszyński**: Krytyczna ocena przeszczepienia zatrzymanych kłów, poleconego przez Ehrickego, ogłoszona w Przeglądzie dentystycznym w roku 1921. Nr. 4.

Posiedzenie z dnia 11 października. Prof. **Cieszyński**: Zapalenie gruczołu ślinnego podszczękowego z powodu kamieni ślinnych.

Posiedzenie z dnia 15 października. Dr. **Allerhand**: a) Zagadnienia ekonomiczne w praktyce dentystycznej.

b) Taryfa a drożyzna obecna.

Prof. **Cieszyński**: Pokaz najnowszej strzykawki Fischera (Sterila).

Posiedzenie z dnia 19 listopada. Dr. **Szafran**: a) Rzadki przypadek zgięcia zęba (ukaże się w druku). b) Zapalenie szpiku kostnego ze złamaniem żuchwy lewej łącznie z usuwaniem zębów (pokaz).

Prof. **Cieszyński**: a) Przypadek złamania poprzecznego zębów wskutek urazu. b) Ciekawy przypadek w rozpoznaniu (płaska torbiel).

Posiedzenie z dnia 3 grudnia. Ks. Dr. Rosiński: Technika badań antropologicznych na czaszkach i człowieku żywym w zakresie potrzebnym lekarzowi - dentyście.

Jako uzupełnienie artykułu dra E. Wąsowicza w N. 21 i 22 naszego pisma p. t. Wskazania lecznicze dla ważniejszych polskich uzdrowisk

przesyła nam dr. Wł. Staniszewski z Warszawy kilka uwag dotyczących Inowrocławia, które poniżej podajemy:

Inowrocław (Solanka jodowo-bromowa), stolicy żyznych Kujaw, przy linji kolejowej odległy, o godz. 1 od Torunia i Bydgoszczy i 3 godziny od Poznania, n. p. m. 90 m, pomiędzy Wisłą i Odrą na płaszczyźnie, której wnętrze obfituje w gips. solanki i sól kamienną, których wydobywanie nie dosięga 650 metrów w głąb. Klimat odpowiada klimatowi niedaleko położonego Ciechocinka. Środki lecznicze: Solanka i ług. Ponieważ solanka jest absolutnej koncentracji o 30% zawartości soli i ciężarze właściwym 1.25 można mieć kąpiel o dowolnej zawartości soli a nawet czystą solankę.

Wskazania lecznicze te same co i w Ciechocinku. Zakład solankowy miejski otwarty od 16 maja do 30 września Zakład leczniczy „pod Piastem" otwarty cały rok. Liczne pensjonaty dobrze urządzone. Lekarzy ordynujących około 15.

Dla informacji przytaczam analizę solanki i ługu, wykonaną w Królewskiej akademji górniczej w Berlinie 1875 r.,

zawartość w jednym litrze	solanki	i ługu
Chlorek sodu	306.61	191 29
Bromek sodu	0.168	1 339
Jodek sodu	—	0.0042
Chlorek potasu	—	12.32
Siarczan sodu	0.885	—
Siarczan potasu	1.705	44.16
Siarczan wapnia	4.491	—
Węglan wapnia	0.285	—
Clorek magnu	3.451	100.10
Węglan żelaza	0 042	—
Razem części stałych	317.837	849.2442
Ciężar właściwy przy 14° R.	1.2069	1.2379

Obecnie solanki miejskie rozrastają się, kopią się fundamenty pod nowe łazienki; kąpieli błotnych nie ma, w Zakładzie „pod Piastem" są okłady borowinowe.

Medycyna społeczna.

Dr. Pawelec. Katowice.

W sprawie zwalczania gruźlicy.

Gdy się śledzi gorączkową niemal dyskusję, jaka co pewien czas porusza umysły świata lekarskiego w państwach zachodnich w sprawie zwalczania gruźlicy, gdy przegląda się prasę francuską, angielską, niemiecką, tak fachową, jak i niefachową, roztrząsającą te lub inne zamierzenia, zdążające do zwalczania gruźlicy i porówna się je z obojętnością i milczeniem u nas, to możnaby nabrać przekonania, że gruźlica, której boją się społeczeństwa państw zachodnich, u nas nie jest taką chorobą ogólną, podkopującą byt narodu. Niestety rzecz ma się wręcz przeciwnie, o czem nietrudno się przekonać; cały problem gruźlicy i walki z nią na obszarze Polski przedstawia się nader smutno i wymaga energicznej akcji ze strony władz rządowych, komunalnych a przedewszystkiem całego społeczeństwa, bo powiedzmy sobie otwarcie, że dotąd naprawdę dla zwalczania gruźlicy nic jeszcze nie zrobiono, albo przynajmniej bardzo niewiele. Twierdzenie to moje odnosi się z jednej strony do całej Polski, ale i do jej najmłodszej dzielnicy — Śląska Górnego, gdzie my Polacy stajemy się szafarzami tej bogatej ziemi, to też jest naszym obowiązkiem zapoznać się z problematem walki przeciwgruźliczej, abyśmy i na tem polu mogli spełnić nasze obowiązki, tem trudniejsze, że cały świat będzie patrzał na nas, czy zdolni jesteśmy kraj kwitnący, odziedziczony po Niemcach, utrzymać na dawnej wyżynie, bo pamiętajmy, że walka z gruźlicą to tosamo, co pracować nad ulepszeniem bytu społeczeństwa, nad wprowadzaniem urządzeń hygjenicznych, nad zdrowemi mieszkaniami warstw uboższych, nad dostatecznem odżywianiem itd.; im lepsze warunki życiowe — tem gorszy grunt dla prątka Kocha.

Aby dać obraz pozytywny i prawdziwy, w jaki sposób może się odbywać walka z gruźlicą, najprzód krótko przedstawię, jak zwalczano gruźlicę w Niemczech i z tego wywnioskujemy, co już na Śląsku Górnym mamy do tej walki przygotowane, a co nam jeszcze koniecznie stworzyć wypada. Dla objektywności zaznaczyć należy, że w Niemczech właśnie rozpoczęła się nowoczesna walka z gruźlicą i tu ją posunięto do najwyższego stopnia doskonałości. Walka z gruźlicą z początku nie odbyła się, jak i wszystkie poczynania ludzkie, bez błędów. Te błędy poznać jest dla nas Polaków, którzy się dopiero do tej walki mamy wprawić, rzeczą bardzo ważną, żebyśmy mogli je ominąć. Dlatego to powinniśmy obficie korzystać z doświadczenia ich, przyjąć wyniki już gotowe, zamiast zdobywać je własnem doświadczeniem, ze szkodą dla sprawy. Jakiś uczony austryjacki twierdzi, że każdy człowiek o wyższym poziomie umysłowości raz przynajmniej w życiu musi się zapoznać z problemem gruźlicy, chcąc tem samem zaznaczyć, jakie ta choroba ma ludożercze wpływy dla istnienia i dobrobytu każdego narodu, jego rozrostu liczebnego i jego tęgości fizycznej, a tem samem dla jego stanowiska międzynarodowego. To też widzimy, że walka z gruźlicą toczy się na całym świecie. Oprócz zarządzeń i organizacji państwowej istniała przed wojną w tym względzie organizacja międzypaństwowa, i to tak ścisła, jak może na żadnem innem polu naukowem i społecznem. Jest to też zrozumiałe bo gruźlica jest chorobą zakaźną, infekcyjną i nie można jej wobec dzisiejszych stosunków komunikacyjnych i wszechświatowych skutecznie zwalczać u siebie, jeżeli ona się krzewi bez walki u sąsiada. Gruźlica jest dziś po całym świecie tak rozpowszechniona, tyle żąda ofiar, że jest wprost niebezpieczeństwem dla bytu poszczególnych narodów. Wymierają z powodu niej całe rodziny, dokąd ona zawita, tam jest powodem długiego kalectwa, nędzy i upadku. Nie oszczędza żadnego wieku i stanu. Tysiące jednostek robi w sile wieku niezdolnemi do pracy, zabiera rodzinom ojca żywiciela, dzieciom matkę, rodzicom dzieci. Przechodzi z pokolenia na pokolenie i rozpościerając się w taki sposób w narodzie, robi go fizycznie słabym, chorowitym i jest przyczyną wielkich strat w mieniu i ludziach. Wykazują to dosadnie statystyki: w Niemczech zmarło na gruźlicę w roku 1892 a także w latach następnych 140.000 osób.

Z powodu intenzywnej i systematycznej walki z tą chorobą spadła śmiertelność do roku 1914 o blisko 50% tak, że już w roku 1914 zmarło w Niemczech na gruźlicę 90.000 osób. Całą grozę tej liczby zrozumiemy, jeżeli porównamy z nią liczbę ofiar i strat w ludziach w wojnie z roku 1870/71. Niemcy utracili w tej wojnie w całości w zabitych 20.000 ludzi. Według urzędowego obliczenia chorowało na tuberkulozę w Niemczech w roku 1914 przeszło miljon ludzi. Liczby powyżej wymienione stają się jeszcze groźniejsze w innem oświetleniu. Każdy naród powstaje, rozwija się i rozrasta, aby potem powoli chylić się ku upadkowi. Kiedy naród jest młody, silny, liczba urodzin u niego przewyższa liczbę śmiertelności. Czem więcej kultura się podnosi, czem uciążliwsze dla rodziców staje się wychowanie dzieci, obniża się liczba urodzin i aby wtenczas zrównoważyć budżet ludnościowy, trzeba odsetek śmiertelności obniżyć. Można to osiągnąć tylko w ten sposób, że obniża się śmiertelność niemowląt i śmiertelność ogólną z powodu gruźlicy. Śmiertelność z powodu innych chorób zakaźnych daje się stosunkowo łatwo obniżyć i widzimy też u narodów kulturalnych, że śmiertelność z powodu duru, cholery, krwawej biegunki itd. osiągnęła pewne minimum, na którem mniejwięcej zawsze się utrzymuje. Tylko walka z gruźlicą nie przyniosła pomimo wszelkich usiłowań pożądanego rezultatu, ale też tylko skuteczna walka z gruźlicą może uchronić narody przed upadkiem z powodu wymierania. Obecnie widzimy objaw ten we Francji i w Niemczech. Niechybnie nastąpi też ta chwila i w Polsce, kiedy śmiertelność weźmie górę nad liczbą urodzin, gdzie obecnie podczas wojny z powodu głodu, nędzy, braku pomieszkań i opału gruźlica razem z innemi chorobami, żeby wspomnieć tylko tyfus plamisty, zrobiły między ludnością straszne spustoszenia. My lekarze, którzy stoimy na straży zdrowia publicznego, mamy obowiązek poczynić wszelkie starania, żeby ta chwila dla Polski nie nastąpiła lub jak najpóźniej.

Ponieważ walka z gruźlicą ma dla bytu poszczególnych narodów tak wielkie znaczenie, widzimy przeto, że walki tej

nie prowadzą jedynie lekarze, ale zajmują się nią i czynniki państwowe, jak rząd, gminy, dalej towarzystwa prywatne, socjolodzy, prawnicy, jednem słowem wszyscy, którym dobro narodu leży na sercu.

Faktem jest że 60% wszystkich leczonych w uleczalniach dla suchotników, a mających od początku prątki w plwocinie, wraca z zarazkami w wydzielinach przewodów oddechowych do domu i zostaje nadal dla otoczenia, a przedewszystkiem dla dzieci, źródłem zakażenia.

Pod wpływem kas ubezpieczeniowych od niezdolności do pracy, a przedewszystkiem towarzystw ubezpieczenia krajowego, które prowadziły walkę z gruźlicą w pierwszym rzędzie, a były jedynie zainteresowane w uzdolnieniu chorych do pracy, wytworzyła się praktyka krótkich, często niewystarczających kuracyj w lecznicach, a co za tem idzie zwyczajnie, przyjmowanie do leczenia ciężko chorych, u których widoki na wyzdrowienie były niepewne. A właśnie te przypadki nieuleczalne powinny znaleźć opiekę szpitalną, bo tworzą one największe niebezpieczeństwa dla otoczenia. Stosunki układały się więc tak, że ojciec ciężko chory, niezdolny do pracy, stał się opiekunem dzieci, podczas kiedy matka zmuszona była do zarabiania poza domem. Cała rodzina zubożała, skupiała się z tego powodu w jednej izdebce i odżywiała się źle i w tych warunkach niekorzystnych padała ofiarą gruźlicy. Widzimy więc, że lecznice dla suchotników są niezaprzeczalnie potrzebne, będą istnieć dopóty, dopóki człowiek złamany chorobą szukać będzie zdrowia i uzdolnienia do pracy, czego w złych warunkach swojego domostwa nigdy osiągnąć nie może. We Francji było przed wojną dla chorych tuberkulicznych 1.162 łóżek, a dziś posiadają już 8.881 w 38-miu sanatorjach. O dodatnim wpływie gospodarczym w ekonomji państwowej tych zakładów świadczą następujące obliczenia: Od roku 1897 aż do 1906 w niemieckich zakładach dla suchotników zostało wyleczonych i uzdolnionych do pracy 159.803 osób. Zdolność do pracy trwała u 34% leczonych 5 lat, u 6% leczonych 4 lata, u 6% leczonych 3 lata, u 4% leczonych 2 lata, u 15% leczonych 1 rok.

Jeżeli weźmiemy jako przeciętny zarobek przedwojenny 2 marki, to zarobek wszystkich osób wyleczonych wyniesie 255,000.000 marek. O tyle podniósł się majątek narodowy przez zaopiekowanie się suchotnikami, w przeciwnym razie byłyby zapomogi dla zubożałych rodzin pociągnęły za sobą miljonowe wydatki. Wyniki te niepoślednie nie zaspokoiły Niemiec, bo zrodziło się przekonanie, że z pomocą wyżej wspomnianych zakładów walka z gruźlicą nie przyniosła oczekiwanych rezultatów, zaczęto przeto szukać nowych dróg. W roku 1905 udała się do Fracji Komisja Badawcza, gdzie zorganizowano walkę z gruźlicą nieco na innym systemie. Niekładło się tam tyle wagi na zakładanie sanatorjów, czy zakładów leczniczych, ile na podjęcie walki z gruźlicą tam, gdzie ona się najbardziej rozpościera, a mianowicie w rodzinach proletarjatu, w ich mieszkaniach i warsztatach pracy. Stworzono liczne poradnie dla suchotników, zwane w Francji *dispensaires anti-tuberculeux*, które wydały tam znakomite rezultaty. System ten przyjęto niebawem i w Niemczech i z właściwą Niemcom wytrwałością i energją rozwinięto go w szerokich rozmiarach. Krocząc dalej na tej drodze, przekonano się, że dotychczasowa walka z gruźlicą była ujęta za ciasno, gdyż walka ta wymaga szerokiego ujęcia i można ją skutecznie prowadzić tylko przez podniesienie dobrobytu całego narodu, polepszenie jego sposobu odżywiania się, uzdrowotnienie jego pomieszkań, ochronę jego pracy i szeroką oświatę. Do tak pojętej walki nie wystarczała sama tylko medycyna, wymagała ona współpracy rządu, ciał ustawodawczych, administracyjnych i policyjnych. Zakładanie lecznic, którego również niezaniedbano, uważano już teraz tylko za jedno ogniwo całej tej kampanji. Zabrano się w Niemczech energicznie do urządzania poradni dla suchotników (*Fürsorgestelle für Tuberkulosekranke*) przy poliklinikach, przy lazaretach, po miastach i po wsiach. Służą one różnym celom, mianowicie pomagają przy wyszukiwaniu suchotników w pewnej miejscowości przez współpracę z zakładami dla suchotników, urzędami cywilnemi, kasami chorych, policją, lekarzami domowymi, służą każdemu suchotnikowi bezpłatną radą lekarską, badają stan zdrowia wszystkich członków rodziny, starają się o wysłanie chorych do odpowiedniego zakładu, badają pomieszkanie, usuwają błędy higjeniczne, starają się o częste odkażenie całego mieszkania przez wyszkolonego dezynfektora, udzielają zapomóg w celu uzyskania zdrowego pomieszkania, izolują, o ile możliwe, ciężko chorych, pośredniczą w wyszukaniu odpowiedniej pracy dla zdolnych jeszcze do pracy suchotników, udzielają zapomóg w pieniądzach lub naturaljach, rozdają bezpłatnie spluwaczki, termometry i środki odkażające. Poszczególnym lekarzom, pełniącym służbę bezpłatnie, pomagają specjalnie wykształcone ochroniarki (Fürsorgeschwestern), opłacane przez gminy. Raz podjęta opieka nad chorym gruźliczym trwa bez przerwy aż do jego śmierci.

W roku 1913 było w Niemczech już 1.100 poradni, podczas kiedy w roku 1905 było ich dopiero 42. W roku 1907 zbadano w 82 poradniach 47.098 osób. Na nowej tej drodze przeszła walka z gruźlicą z defenzywy do wyraźnej ofenzywy. Jako cel wytknięto sobie już nietylko opiekę nad jednostkami już choremi, ale co więcej zrobiono krok dalej. Zajęto się ochroną zdrowych przed możliwem zakażeniem. Przyczyniły się do tego w znacznej mierze nowe poglądy naukowe.

Era tak zwana bakterjologiczna miała się ku końcowi; rozszerzono i ożywiono ją obserwacjami klinicznemi i epidemjologicznemi. Nauka dawniejszego wiedeńskiego uczonego Rokitańskiego o sile odporności poszczególnego osobnika odżyła na nowo i udowodniono licznemi eksperymentami, że główne twierdzenie bakterjologów, jakoby wszędzie i zawsze, gdzie zejdzie się zarazek z żywym i ludzkim organizmem, musiała nastąpić koniecznie infekcja i zachorowanie organizmu, nie jest zgodne z doświadczeniami klinicznemi. Nabrały praw obywatelstwa pojęcia o konstytucji, dyspozycji, imunizacji i t. d. Stwierdzono, że zakażenie następuje tylko wtenczas, gdy siła odporna organizmu z jakiejkolwiek bądź przyczyny się zmniejsza lub gdy dawka infekcyjna była za silna. Opierając się na tych nowych zdobyczach nauki, teren walki rozszerzył się znakomicie.

Po kilkuletniej pracy okazała się w dalszym ciągu potrzeba ścisłej organizacji, któraby walkę tę poprowadziła w jednolitym duchu. Dotychczas utworzyły się różne komitety i towarzystwa, których praca często się krzyżowała i powstawały stąd drobnostkowe spory o kompetencję. Aby tego niknąć, utworzył się w roku 1905 na całą Rzeszę Niemiecką centralny komitet dla walki z gruźlicą. W każdej zaś prowincji prowincjonalny komitet, służący temu samemu celowi, a w poszczególnych miejscowościach podkomitety (*Unterausschüsse*). I teraz dopiero praca nabrała kierunku prawidłowego i wydała oczekiwane rezultaty.

Teren pracy, jak już poprzednio powiedziałem, doszedł do niebywałych rozmiarów. Można bez przesady powiedzieć, że prawie wszystkie zarządzenia ogólno-higjeniczne od schyłku ostatniego stulecia aż do dzisiaj są spowodowane celową walką z gruźlicą. Przedewszystkiem, kiedy zagroziło Niemcom straszne widmo powolnego zmniejszenia się liczebności narodu, wzięto się do pracy wprost gorączkowo. Odkryto przedewszystkiem ścisły związek pomiędzy stosunkami mieszkaniowemi a rozszerzaniem się gruźlicy, bo wszędzie, gdzie skupia się dużo osób w ciasnych, ciemnych i wilgotnych mieszkaniach, tam jakby z konieczności gruźlica zawita. Ten związek pomiędzy stosunkami mieszkaniowemi a gruźlicą jest obecnie ogólnie uznany. Utworzono więc tak zwane urzędy mieszkaniowe (*Wohnungsämter*), wydano zakaz mieszkania w nieodpowiednich suterenach, poddaszach, nie pozwalano na budowanie oficyn (*Hinterhäuser*), o ile podwórze nie było odpowiednio wielkie, uregulowano przy budowania nowych pomieszkań, wysokość domów do szerokości ulic, tak aby i najniższe piętra miały dostęp światła i świeżego powietrza, żądano, ażeby w wszystkich gmachach i biurach publicznych pracownie odpowiadały co do objętości kubicznej liczbie pracowników, nie zapomniano o koszarach wojskowych, domach karnych i o szkołach. Po większych miastach utworzyły się towarzystwa dla budowania domów jednofamilijnych na przedmieściach, taką samą zasadę wprowadzono w życie przy budowie domów robotniczych. Krótko

mówiąc, robiono wszystko, aby stworzyć jak największą liczbę dobrych i zdrowych małych mieszkań, dwa do trzy - pokojowych. Jak dzisiaj po wojnie reforma mieszkaniowa stała się kwestją palącą, wspomnę tylko o ustawodawstwie zawodowem i procederowem, a mianowicie o ochronie pracy w zawodach, wytwarzających skłonność do gruźlicy. Wprowadzono przepisy policyjne do handlu mlekiem, chlebem i mięsem, przepisy o niszczeniu mięsa krów gruźliczych i zakaz sprzedawania mleka od takich krów pochodzącego, zabroniono zatrudniać dzieci w przemyśle, ograniczono pracę kobiet, założono tanie kuchnie ludowe, rozpoczęto energicznie walkę z alkoholizmem, budowano łazienki ludowe, nie zapomniano o reformie ubrań, wprowadzono higjeniczne zarządzenia na kolejach, pocztach, okrętach (zakaz spluwania na podłogę, ustawiania spluwaczek). Po miastach utworzono szkoły dla dezynfektorów, dla chorych na gruźlicę budowano prócz zakładów leżalnie leśne w pobliżu większych centrów pracy, których robotnik po pracy mógł odetchnąć świeżem powietrzem. D. n.

Program kursów dla lekarzy, mających się odbyć staraniem Wydziału lekarskiego U. J. w Krakowie w czasie od 26 czerwca do 1 lipca b. r. włącznie.

Prym. Dr. Artwiński: Postępy w leczeniu kiły układu nerwowego (1 godz.).

Prof. Dr. Baurowicz: Klinika chorób górnych dróg oddechowych dla lekarzy obeznanych z laryngoskopją (6 godz.).

Doc. Dr. Bujak: 1) O tężyczce u dzieci (1 g.). 2) O leczeniu zaburzeń odżywiania u niemowląt (1 g.). 3) O nieżycie miedniczek nerkowych (1 g.).

Prof. Dr. Ciechanowski: Praktyczne ćwiczenia w sekcjach patologicznych (5 g.), ewentualnie: Histologiczne rozpoznanie nowotworow.

Asyst. Dr. Dyboski: 1) O stosowaniu mieszanek salwarsanu z rtęcią i jodem w leczeniu kiły (1 g). 2) O związku schorzeń skóry ze schorzeniami narządów wewnętrznych (1 g.).

Doc. Dr. Gieszczykiewicz: O pobieraniu materjału do badań bakterjologicznych i serologicznych (2 g.).

Doc. Dr. Janiszewski: Nowsze sposoby izolowania chorych zakaźnych (1 g).

Prym. Dr. Kostrzewski: O czerwonce (1—2 g.).

Prof. Dr. Latkowski: Proteinoterapja (2 g.).

Prof. Dr. Lenartowicz: Współczesne poglądy na patologję i terapję kiły (5 g.).

Prof. Dr. Lewkowicz: O leczeniu swoistem zapalenia nagminnego opon mózgowych (3 g.).

Prof. Dr. Majewski: Rozpoznawanie i leczenie jaskry z ćwiczeniami praktycznemi (5 g.).

Prof. Dr. Marchlewski: Najnowsze poglądy na przemianę materji w ustrojach żywych 2—3 g.).

Prof. Dr. Nowotny: Temat zastrzeżony.

Prof. Dr. Orłowski: Nowe zdobycze w dziedzinie chorób nerek (5 g.).

Doc. Dr. Olbrycht: O najczęściej popełnianych błędach przy sekcjach i orzeczeniach sądowo lekarskich (1 g.)

Doc. Dr. Oszacki: O klinicznem znaczeniu chudnięcia i tycia (4 g.).

Prof. Dr. Piltz: Kilka słów o najnowszych zdobyczach w dziedzinie neurologji i psychjatrji (2 g.).

Asyst. Dr. Pawlas: O leczniczem działaniu terpentyny w chorobach skórnych i wenerycznych (1 g.).

Prof. Dr. Rosner: 1) O zapobieganiu drgawkom porodowym (1 g.). 2) O krwotokach porodowych (1 g.). 3) Roentgen a operacyjne leczenie mięśniaków i metropatji klimakterycznych (1 g.). 4) Rozpoznawanie i leczenie kataru szyji macicy (1 g.).

Asyst. Dr. Siedlecki: Endocarditis lenta (1 g.)

Asyst Dr. Tempka: O skazie krwotocznej (2 g.).

Doc. Dr. Walter: Serologja i bakterjologja chorób wenerycznych (5 g).

Asyst. Dr. Wierzuchowski: Patogeneza i leczenie dychawicy oskrzelowej (2 g.).

Asyst. Zawistowski: Stosowanie sztucznej odmy piersiowej (2 g).

Doc. Dr. Zubrzycki: 1) Kilka uwag o rodzajach i leczeniu gorączki połogowej (1 g.). 2) Postępowanie przy drgawkach porodowych (1 g.).

Opłata na udział w kursach wynosi 10.000 mp. i może być uiszczoną po przyjeździe. Uczestnicy będą mieli zapewnione mieszkania. Wykłady rozpoczną się w poniedziałek dn. 26/6 o godz. 7 rano a zakończą się w sobotę dn. 1/7 wieczór. O ile zgłosi się mniej niż 15 uczestników, wykłady nie odbędą się.

Wiadomości bieżące.

W sprawie regulacji Zakopanego. Ze względu na listy, otrzymane od Czytelników naszego pisma, poruszające sprawę niepowołania do współpracy w regulacji Zakopanego fachowych doradców z grona lekarzy, pozwalamy sobie wypowiedzieć następujące uwagi na ten temat.

Wykonane i na widok publiczny wystawione projekty regulacji Zakopanego nasuwają pewne ogólne refleksje co do sposobu traktowania tych spraw u nas. Oto w pracach, prowadzonych w Zakopanem, nie uczestniczył żaden przedstawiciel Min. Zdrowia publiczn., choć prace te miały na celu uzdrowienie i poprawę komunikacji, bezpieczeństwa ogniowego i t. d. Wady i braki Zakopanego były tak często i szczegółowo omawiane w prasie i na różnych konferencjach, że inżynierowie zapewne byli dostatecznie o nich poinformowani. Pozatem jest Zakopane całoroczną stacją klimatyczną i ma za sobą dużo doświadczeń. Jeśli więc tam brak fachowego lekarskiego referenta mniej może dawał się odczuwać (byli na szczęście lekarze doświadczeni prywatni na miejscu), to podobny sposób traktowania zdrojowisk innych przejąć musi całkiem uzasadnioną obawą. Zdrojowiska nasze stoją przed koniecznością gruntownej przebudowy z chwilą, gdy tylko budowanie stanie się pod względem finansowym możliwe. Przyczyn naglących jest po temu dosyć, bo drewniane wille 30—40-to letnie długo już nie postoją, są w urządzeniach przestarzałe i zniszczone latami i wojną. Pozatem musimy przyjąć, jako konieczność, zarówno finansową, jak lekarską, urządzenie zdrojowisk karpackich dla sezonu zimowego, a nawet całorocznego. Chorych trzeba oddzielić od szukających wypoczynku lub rozrywki, zakaźnych (gruźlica!) od niezakaźnych i t. d. Tu więc nie wystarczy stanowczo wiedza budownicza, gdyż w grę wchodzi całe mnóstwo zagadnień lekarskich. „Postawieniem pieców nie stworzymy sezonu zimowego“ powiedział jeden wytrawny lekarz, zaznaczając tym sposobem zawiłość zagadnienia. Większość naszych zdrojowisk nie posiada, poza sezonem letnim, żadnego lekarza na miejscu, zaś w sezonie pełnym są oni całkiem przeciążeni Nieodzownem więc jest przeprowadzenie prac przygotowawczych albo jesienia, pod koniec sezonu, przy pomocy lekarzy miejscowych, powołanych przez Ministerstwo Zdrowia publ., albo przez lekarzy - fachowców, umyślnie w tym celu delegowanych.

Lwów.

Prymarjuszem oddziału chirurgicznego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie został mianowany dr. Franciszek Slek, dyrektor Państw. Szpitala powsz. w Przemyślu.

XXIII. Posiedzenie naukowe **Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego** odbędzie się w piątek dnia 23 czerwca b. roku w Poliklinice. Pokazy: 1) Kol Szafran. Cztery przypadki martwicy szczęki po durze osutkowym. Wykład: 2) Kol. Leńko. Ocena badań sprawności nerek. — 3) Kol. Steusing: Rozwój poglądów na patogenetyczne działani t zw. drobnoustrojów endotoksycznych, oraz o Danysza teorji chorób zakaźnych i niezakaźnych.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Warszawa.

Pierwszy Zjazd Pedjatrów Polskich odbędzie się w Warszawie dnia 8 i 9 września 1922 r. Bliższych szczegółów udziela sekretarz Dr Fr. Ks. Cieszyński, Warszawa, Szopena 10 m. 21.

Ministerstwo Zdrowia Publ. wydało 4 marca 1922 D. p p. Nr. 18 poz. 154, rozporządzenie w przedmiocie uprzystępnienia ubogiej ludności nabywania niektórych leków po zniżonych cenach: Według § 1 tego rozporządzenia ustanowiono następujące ceny za te leki, w szczególności zaś wyższe od tych, od których Magistraty zawiadomiły odpowiednie Zarządy rozporządzeniem z 11 stycznia 1922 L. 10/22.

Ceny obecne są następujące:

Za lekarstwa podług formuły Nr. 1 70 mp., Nr. 2 60 mp., Nr. 3 140 mp., Nr. 3 55 mp., Nr. 5 60 mp., Nr. 6 60 mp., Nr. 7 100 mp., Nr. 8 85 mp., Nr. 9 120 mp., Nr. 10 120 mp. Nr. 11 220 mp., Nr. 12 100 mp.

§ 2. Rozporządzenie niniejsze obowiązuje w b. zaborze rosyjskim i austrjackim z dniem ogłoszenia.

Redakcja otrzymała: W. Grzywo-Dąbrowski. Wpływ promieni radu na ośrodkowy układ nerwowy myszy. — Odb. z prac Zakładu neurobiologji Instytutu im. M. Nenckiego (Tow. nauk. warsz.) T. III (1921) Nr. 2. — S. Włoszczewski: Kasy chorych a doktryna socjalistyczna. Warszawa. Księga „Kroniki rodzinnej“. 1922.

Zmarli: Dr. Jerzy Chrząszczewski, asystent kliniki gin. poł. Uniw. J. K. umarł w 34 roku życia w Zakopanem.

i oburzenie wśród lekarzy sądowych i aż nadto zrozumiałą niechęć do sądowych czynności lekarskich, co również musi się ujemnie odbijać na sprawności urzędowania.

Okrąg Małopolski i Śląski Związku lekarzy P. p. prosi Wysokie Ministerjum sprawiedliwości (zdrowia publicznego), aby położyło raz koniec tym nieprawidłowym stosunkom przez podniesienie wynagrodzenia za sądowe czynności lekarskie **przynajmniej trzystokrotnie** w stosunku do przedwojennej taksy austrjackiej i wyznaczenie na przyszłość mnożnika w miarę wzrastania drożyzny. Dzisiejsza taryfa przynosi ujmę tak godności stanu lekarskiego, jak sądownictwa.

Jeślibyśmy się do 1 lipca br. nie doczekali nowej taryfy, odpowiadającej zasadom słuszności i sprawiedliwości, Wydział Związku, któremu lekarze powierzyli obronę swych ekonomicznych interesów, będzie zmuszony jąć się ostatecznego środka i wezwać lekarzy do zaprzestania sądowych czynności lekarskich.

Spodziewamy się i jesteśmy tego pewni, że Wysokie Ministerjum nie dopuści do tej ostateczności. Gdyby się inaczej stało (w co trudno uwierzyć), już z góry musimy z całą stanowczością odeprzeć nieszczery zarzut, z jakim moglibyśmy się spotkać w przyszłości, że w odradzającej się Ojczyźnie usiłujemy wprowadzić zamęt w czynnościach sądowych, aby wymusić nasze żądania. Dalecy jesteśmy od tego, owszem przeciwnie. Dążeniem naszem jest utrzymanie ładu i porządku społecznego. Uważamy natomiast, a dwóch zdań tu niema, że należyte za intelektualną pracę wynagrodzenie jest właśnie opoką, na której się opiera ten ład i porządek społeczny, a co za tem idzie i siła państwa. Spychanie pracującej inteligencji z należnego jej naczelnego stanowiska na szary koniec w naszem państwie już dzisiaj się mści a w przyszłości jeszcze się bardziej zemścić może, jeśli nie zawrócimy z tej obłędnej drogi. I dlatego to wysłaliśmy powyższe pismo do Wysokiego Ministerjum. Za Wydział Związku:

Dr. Kostecki, sekretarz *Dr. Żydłowicz*, zast. przew.

W Krakowie, dnia 31 maja 1922.

W sprawie unormowania taryfy sądowo-lekarskiej.

Sprawą uregulowania taryfy za czynności sądowo-lekarskie Izba lekarska we Lwowie zajmowała się od kilku lat, wnosząc odpowiednie przedstawienia do Ministerstwa sprawiedliwości. Nie zaniedbała też tej sprawy piekącej od pierwszej chwili powstania naszego Państwa. Pomijając cały szereg poprzednich przedstawień, w lutym 1921, przedłożyliśmy rządowi projekt taryfy, normujący jej ustalenie w ten sposób, że zasadnicze stawki za poszczególne czynności lekarskie proponowaliśmy dostosować do ciągłej zmiany stosunków walutowych przez posiłkowanie się mnożnikiem, a mianowicie pomnożenie każdej stawki przez 5% mnożnika przyjętego dla miasta Warszawy. Propozycja nasza została tylko częściowo przez Ministerstwo sprawiedliwości uwzględnioną; rozporządzeniem z 19-go kwietnia 1921 ustanowiono dla b. Galicji dwudziestokrotne pomnożenie zasadniczych pozycyj za czynności sądowo-lekarskie. Okazało się już po roku, że ten system wynagradzania nie odpowiedział zmieniającym się ciągle stosunkom, w następstwie tego nie ustają zażalenia znawców na niski stopień wynagrodzenia.

A jednak słuszność naszego przedstawienia Rząd uznał — ale nie na obszarze b. Galicji; rozporządzeniem z dnia 29-go kwietnia br. dz. U. p. L. 32 ustęp 262 ogłoszono rozporządzenie Ministra sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrami zdrowia i skarbu, które ustala wynagrodzenie za czynności sądowo-lekarskie zupełnie w myśl naszych propozycyj, ale tylko na terenie b. zaboru rosyjskiego.

Tego nierównomiernego traktowania lekarzy w obu b. dzielnicach obecnie jednolitego Państwa nie można sobie wytłómaczyć ani względami na odmienne tu i tam ustawy karne, ani stosunkami ekonomicznemi. Zdaniem naszem, należało ustalić taryfę jednolicie na obszarze całego Państwa, boć przecie nie stoją temu na przeszkodzie żadne zasadnicze powody. Wydział Izby uważał za rzecz słuszną upomnieć się o to i wystosował do Ministerstwa sprawiedliwości przedstawienie, którego odpis podajemy do wiadomości lekarzy, w przekonaniu, że sprawą tą niewątpliwie ogół nasz się interesuje. Żywimy też nadzieję, że odniesie ona skutek i przychylnie będzie rozpatrzoną przez oba Ministerstwa zdrowia i sprawiedliwości.

„Do Izby lekarskiej od dłuższego czasu wpływają liczne zażalenia lekarzy załatwiających czynności sądowo-lekarskie, na zbyt niskie wynagrodzenie, przyznawane przez sądy za spełnianie tych czynności. Zażalenia te są zupełnie słuszne, gdyż wynagrodzenie to nie pozostaje w żadnym stosunku do wartości pracy przy dzisiejszej drożyźnie, wobec czego lekarze sądowi są w wysokim stopniu pokrzywdzeni w stosunku do innych pracowników; z tego powodu bardzo niechętnie i tylko pod przymusem spełniają czynności sądowo-lekarskie. Ponieważ stan taki jest wielce szkodliwym dla wymiaru sprawiedliwości, gdyż zdolniejsi i doświadczeńsi lekarze uchylają się wszelkiemi możliwemi sposobami od brania udziału w czynnościach sądowo-lekarskich, przeto podpisana Izba lekarska, dbając tak o dobro publiczne, jak o godność stanu lekarskiego, zwraca się do Ministerstwa sprawiedliwości z uprzejmą prośbą o usunięcie zbyt częstych zatargów między Sądami a lekarzami, powodowanych zbyt niskiem i stanowi lekarskiemu uwłaczającem wynagrodzeniem za czynności sądowo-lekarskie, przez wprowadzenie nowej, obecnym stosunkom odpowiadającej taryfy.

W dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej l. 32 ustęp 262, ogłoszono rozporządzenie p. Ministra sprawiedliwości z dnia 29 kwietnia br, wydane w porozumieniu z Ministrami skarbu i zdrowia publicznego o opłatach za czynności sądowo-lekarskie w b. zaborze rosyjskim. Izba lekarska odnosi się z prośbą do Ministerstwa sprawiedliwości, by rozporządzenie to obowiązywało także w b. zaborze austrjackim, tem więcej, że przyjęte w tem rozporządzeniu normy za poszczególne czynności oparte są na propozycjach naszej Izby, przedłożonych w przedstawieniu z dnia 28-go lutego 1921 r. Zdaniem Izby wynagrodzenie za czynności sądowe winno być jednolitem na obszarze całego Państwa, zwłaszcza że nie istnieją w tym kierunku przeszkody zasadniczej natury, a stosunki ekonomiczne nie są tu i tam odmienne.

Pozatem uprasza Izba o przyznanie należytości za stratę czasu, połączoną ze stawieniem się w Sądzie i jazdą na komisje sądowe, licząc przynajmniej zasadniczo po 3 marki za każdą rozpoczętą godzinę w dzień, a po 6 marek za każde rozpoczęte $1/2$ godziny w nocy, tj. od godziny 8 mej wieczór do godziny 8-mej rano. Wreszcie, zdaniem Izby, wskazanem jest znaczniejsze podwyższenie należytości za orzeczenie przy badaniu nerwowo i umysłowo chorych, gdyż orzeczenia te wymagają obszernego szczegółowo uzasadnionego, żmudnego opracowania. Wynagrodzenia te winny być dostosowane do zużytego czasu i nakładu pracy. Zasadniczo należałoby liczyć po 20 mp. za każdą godzinę względnie 10 mp. za każde $1/2$ godziny".

Izba lekarska Wschodniej Małopolski

We Lwowie, dnia 28-go maja 1922.

Prezydent: *Dr. Papée*, mp.

Od Redakcji.

Z powodu ustąpienia prof. Hornowskiego ze stanowiska przewodniczącego miejscowego Komitetu redakcyjnego Polskiej Gazety lekarskiej powołał Komitet warszawski na to stanowisko prof. Franciszka Czubalskiego; na zastępcę przewodniczącego i sekretarza redakcji wybrany został dr. W. Szumlański.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Prof. dr. Kazimierz Kostanecki został mianowany doktorem honorowym Uniwersytetu w Padwie.

Herbert Hoover, mianowany w r. z. honorowym doktorem medycyny U. J., nadesłał obecnie bardzo gorące podziękowanie za to odznaczenie.

Kursa dla lekarzy. Staraniem Wydziału lekarskiego U. J. w Krakowie odbędą się w dniach od 26 czerwca do 1 lipca włącznie kursa dla lekarzy, obejmujące cykl wykładów ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej ze szczególnem uwzględnieniem najnowszych zdobyczy naukowych. Zgłoszenia uczestnictwa nadsyłać należy najpóźniej do dnia 15 czerwca br. pod adresem Prof. Dr. J. Lenartowicz Kraków ul. Kopernika 36. Po zamknięciu listy uczestników (najmniej 15) ogłoszony będzie w „Polskiej Gazecie lekarskiej" szczegółowy program wykładów.

Lwów.

Towarzystwo naukowe we Lwowie wybrało na ostatniem Walnem Zgromadzeniu z pośród lekarzy członkami zamiejscowymi prof. dr. T. Browicza i prof. dr. K. Kostaneckiego.

Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1922/23 został ponownie wybrany prof. dr. Adam Bednarski.

Kursa dla lekarzy odbędą się staraniem Wydziału lekarskiego od 21 do 30 IX b. r. Bliższe szczegóły podamy w następnym numerze.

XXII. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek dnia 16 czerwca b. r. w Poliklinice. Pokazy: 1. Kol. Reis i Mikulińska: Przedstawienie dwu chorych ocznych ze zmianami wrodzonemi. 2. Kol. Wiczyński; Etiologja zaśniadu groniastego i nabłoniaka kosmówkowego. 3. Kol. Mehrer: Wczesne rozpoznawanie gruźlicy nerek i leczenie *Kmietowicz*, sekretarz. *Franke*, prezes.

Warszawa.

Z akademji nauk lekarskich. Na zebraniu zwykłem naukowem Akademji dnia 28 V. 1922 przedstawiono prace: Kleczkowskiego „Studja nad zaburzeniem równowagi przy zezie", Reicherówney i Szczepańskiego: „Spostrzeżenia nad zachowaniem się krwi w zimnicy" i Kmity: „Ukrwienie tętnicze i żylne migdałów ludzkich", oraz projekt ankiety w sprawie odżywiania się ludności w Polsce.

Związek polski lekarzy i przyrodników (poprzednio w Piotrogrodzie, obecnie w Warszawie) odbył dnia 1 VI. 1922 posiedzenie w lokalu Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie (Marszałkowska 151), na którem niedawno przybyły z Ameryki po podróży przez Azję Centralną Prof. Antoni Ossendowski wygłosił odczyt pod tytułem: „Podróż przez Uriancha[j], Mongolję, Tybet, Chiński Turkiestan i Chiny".

Zmarli.

Dr. Karol Szamota zmarł d. 13 maja 1922 w Węgrowie, ziemi Siedleckiej, gdzie praktykował przez lat 18, ciesząc się zasłużonem uznaniem i jako lekarz i jako człowiek. Żył lat 48.